

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe..... della scuola.....
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
 nell'anno scolastico....., affetto da.....
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione
 medica allegata, rilasciata in datadal Dott.....

CHIEDONO
 (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

	Numeri utili
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....)

N.B.
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita
(barrare la scelta):

- Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

All'attenzione del medico curante

Il Piano Terapeutico

per gli alunni affetti da patologie croniche
che necessitano della somministrazione di farmaci di primo soccorso a scuola

Il piano terapeutico è una certificazione medica **leggibile e semplice** che, oltre alla diagnosi, descriva soprattutto -in poche righe e con una terminologia "non scientifica"- **in presenza di quali sintomi intervenire**, il farmaco da utilizzare, come utilizzarlo e i tempi dell'intervento e, nel caso di due o più farmaci, la "scaletta" (l'ordine di assunzione) e la tempistica, **così da poter essere letto e compreso da personale non sanitario.**

il Piano Terapeutico non è un'autorizzazione ma è la valutazione medica che -scritta- permette a personale non sanitario come il personale scolastico ma come anche i familiari, di esserne meri esecutori materiali, evitando valutazioni soggettive

il Piano terapeutico deve contenere i farmaci che l'alunno potrebbe aver bisogno di assumere durante l'orario scolastico per patologie croniche e per interventi di emergenza (come glucagone nel diabete, adrenalina, antistaminici, cortisonici e broncodilatatori nelle varie forme di allergia o di asma, diazepam nelle sindromi epilettiche), farmaci che somministrati tempestivamente potrebbero, se non risolvere, attenuare almeno la gravità della crisi e permettere così (sentiti i genitori e/o con i genitori) di arrivare in un Pronto Soccorso Ospedaliero