**MODULO  A – DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE**

Al Dirigente Scolastico  dell’Istituto Comprensivo  Bravetta di Roma

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI  IN AMBITO SCOLASTICO

Il /La sottoscritto/a ………………………………………………….…………………………………………

in qualità di  □ Genitore      □ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di  Cognome e Nome……..…………………………………………………….…  nato/a il…………………….… frequentante

nell’anno scolastico…../..…la classe …………. sez. ………… della scuola …………………………plesso……………………  essendo il minore affetto da ………………………………………………………………………………....  e constatata la necessità  CHIEDE

□  sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

□  la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

□  la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da

allegata certificazione medica rilasciata in data …..………… dal Dott. …………………………..…………

□  sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico  curante.

La richiesta è riferita:

□  al periodo dal …………………    al   …………………….

□  al corrente anno scolastico .

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale

non  sanitario,  di  cui  AUTORIZZA  FIN  D’ORA  L’INTERVENTO,  sollevando  il  personale  della  scuola  ospitante  il  minore  da  eventuali  responsabilità  civili  e  penali  derivanti  dalla somministrazione della  terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO B),  recanti  la  necessità  e indispensabilità  di  somministrazione  farmaci  a  scuola  per  patologie croniche  e  per  interventi  di

emergenza,  con  posologia,  orari,  modalità  e  con  descrizione dell’evento per cui è indispensabile la

somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro con le insegnanti in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili:  Medico Curante … … … … … … … … … … … … … … …Genitori  … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … .

Data  …………………..  Firma  …………………………………….

**MODULO B – DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE**

Al Dirigente Scolastico  dell’Istituto Comprensivo  Bravetta di Roma

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI  IN AMBITO SCOLASTICO  per patologie croniche o in caso di emergenza  –  allegato al Certificato Medico  –

ISTRUZIONI  DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

* Nome commerciale del farmaco: …………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………..
* Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è  conservato

dallo stesso alunno): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………….

* Modalità e tempi di somministrazione, posologia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …

□  Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico

□  Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori,  personale medico o  operatori specificatamente formati)

□  Possibilità di auto­somministrazione dei farmaci da parte dell’alunno

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco e eventuali possibili effetti collaterali:  …………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in  cui  il farmaco non risultasse efficace/: ………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………

Data, …………………….

Il Medico Curante …….............................................................