



Istituto Scolastico paritario S. Giuseppe del Caburlotto

00178 ROMA - Via Rabbello, 15

Tel. 06.718.81.38 - 06.718.42.77 – Fax. 06.718.21.10

P.IVA E C.F. 00410870231

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

ALLA COORDINATRICE
DELLE ATTIVITA' EDUCATIVE E DIDATTICHE
ISTITUTO PARITARIO
SAN GIUSEPPE DEL CABURLOTTO
Via Rabbello, 15
00178 ROMA

Roma, _____

I sottoscritti:

(Padre) _____ (Madre) _____

Genitori/tutori di: _____

frequentante nell'anno scolastico _____

la classe/sezione: _____ della scuola: Infanzia Primaria Secondaria di I grado LILE LSC

PADRE Telefono Fisso _____ ufficio _____ cellulare _____

MADRE Telefono Fisso _____ ufficio _____ cellulare _____

ALTRO _____ Fisso _____ ufficio _____ cellulare _____

Vista la specifica patologia dell'alunno/a _____

CHIEDONO

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione/certificazione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica

Allegano:

- Prescrizione/certificazione redatta dal DOTT. _____
- Consegna farmaco specifico _____
- Farmaco con scadenza _____
(di cui dichiaro di tenere nota io stesso per provvedere in tempo alla sostituzione).

Comunicheremo immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Firma *

(Padre) _____

(Madre) _____

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

N.B. La prescrizione/certificazione del medico specialista deve specificare su carta intestata:

1. Il nome e cognome dell'alunno e la data di nascita.
2. La patologia dell'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola.
3. La dichiarazione che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specifiche di tipo sanitario e che non è prevista la discrezionalità tecnica da parte del personale che somministra il farmaco. La possibilità di somministrare il farmaco da parte del personale scolastico.
4. La differibilità o meno della somministrazione e le motivazioni per cui tale somministrazione è indifferibile ad orari prestabiliti o in casi di emergenza.
5. La descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco.
6. La descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto
7. Il nome del farmaco, le modalità, i tempi di somministrazione e la posologia (dose da somministrare).
8. La modalità di conservazione del farmaco e la sua durata.
9. Gli eventuali effetti collaterali.
10. Gli interventi da effettuare dopo la somministrazione del farmaco nell'ipotesi che questi si presentino.
11. Altre informazioni utili ad affrontare l'emergenza.
12. La data, il timbro e la firma del medico specialista.

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O PROCEDURE SALVAVITA A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO

NOME E COGNOME DEL BAMBINO _____

DATA DI NASCITA _____

PATOLOGIA PRESENTATA DAL BAMBINO PER CUI VIENE RICHIESTA LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO O LA PROCEDURA DI EMERGENZA A SCUOLA _____

La somministrazione del farmaco o la procedura di emergenza può essere eseguita da personale scolastico? SI NO

La somministrazione del farmaco o la procedura di emergenza è differibile? SI NO

Perché la somministrazione del farmaco o la procedura di emergenza non è differibile?

(breve descrizione della motivazioni) _____

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO O LA PROCEDURA DI EMERGENZA DA ATTUARE

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO

(IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO)

3) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

4) MODALITA', TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA

5) CONSERVAZIONE DEL FARMACO

6) DURATA DEL FARMACO

7) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO O LA PROCEDURA DI EMERGENZA

CHIAMARE IL 118 SI NO

CHIAMARE I GENITORI SI NO

ALTRO _____

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA

CONSERVARE LA CALMA

ALTRO _____

DATA _____

IL MEDICO (TIMBO E FIRMA)
