



PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - ex DGR 6919/2017

(all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO**

REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della

Scuola per l'infanzia

☐

Scuola primaria

☐

Scuola secondaria I e II grado

☐

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ____/____/____ / C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ____/____/____/

☐

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

☐

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Note – vedi retro



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
D.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio IV
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei
e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale

COMPETENZE PER LO SVILUPPO (FSE) - AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FESR)



ISTITUTO COMPRENSIVO NOVIGLIO CASARILE

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA – exDGR 6919/2017

Somministrazione in ambito scolastico di farmaci per terapie croniche o acuti che pregiudicano
gravemente lo stato di salute

INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL
MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

Nome e Cognome del medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale	
Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)	
Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno/a	
Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico	
Principio attivo	
Nome commerciale	
Forma farmaceutica	
Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o auto somministrazione)	

Dosaggio e orario	
Modalità di conservazione	
Durata (dal..... al..... oppure continuativa)	
Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione	
Il farmaco è stato somministrato almeno due volte	SI NO

In caso di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

NOTE

- ❖ La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- ❖ La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- ❖ In caso di cambio Istituto deve essere ripresentata
- ❖ I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- ❖ Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

I.C. Noviglio Casarile-Scuola della Infanzia-Scuola Primaria-Scuola Secondaria di primo grado
Via Verdi, 2 - NOVIGLIO (MI) Tel. 029006437 Codice Fiscale 80141530156