Allegato n.1

RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA
IN CONTESTO EXTRA FAMIGLIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture
Nome……
Via……
Località……Provincia……

Al Dirigente Medico responsabile della Pediatria di Comunità
Azienda USL di RE
Distretto di ……...

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) ……
genitore/tutore dello studente (Cognome Nome).……
nato a……il……
residente a……in Via……
che frequenta la classe ……. Sez. …….
della scuola/struttura……
sita in Via ……..Cap ……
Località ……..prov……

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione dei farmaci agli alunni / ospiti, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione e della disponibilità espressa da alcuni operatori per la somministrazione di farmaci in orario scolastico / di presenza in struttura secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO (barrare la scelta)

□ di accedere alla sede scolastica / struttura per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a,

Oppure
□ che a mio figlio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico / di presenza in struttura il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale) ……

Oppure
□ che il farmaco sia autosomministrato come da certificazione medica allegata
……

Consegno n…….confezioni integre

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03

In fede

Firma dei genitori o esercente potestà genitoriale

……

Numeri di telefono utili:
famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

_____

Allegato n.2

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Servizio di …….

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA IN CONTESTO EXTRA FAMIGLIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo
Nome……
Via……
Località……Provincia……

Costatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico / di presenza in struttura del minore affetto da patologia cronica:

Cognome e Nome ……..
Data e luogo di nascita……
Residente a ……. In via……...tel……

A) Nome commerciale del farmaco e principio attivo
……..
Durata della terapia: dal ……. al ……..

1A) Somministrazione quotidiana:
orario e dose da somministrare
mattina……..dose……../ pasto …….. dose……./
Pomeriggio…… dose……..
Modalità di somministrazione …….
…….

2A) Somministrazione al bisogno:
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
……..
……
……
……

Capacità del minore affetto da patologia cronica ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare scelta):
SI'☐ NO☐
Modalità di conservazione …….
……

Note per eventuali effetti collaterali ……..
……
……

Note di formazione specifica per personale ……..
……
……
……

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita** ……..
Modalità di somministrazione ……...
……

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
……
……
……

Modalità di conservazione …….
……

Note per eventuali effetti collaterali …….
……
……

Note di formazione specifica per personale scolastico ……..
……
……
……
……
……
Data ……

Medico AUSL (timbro e firma)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Servizio di …….

CERTIFICAZIONE ESTEMPORANEA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AL BISOGNO A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA IN CONTESTO EXTRA-FAMILIARE - (NO SCOLASTICO).

Al Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo
Nome……
Via……
Località……Provincia……

Si PRESCRIVE estemporaneamente la somministrazione dei farmaci al bisogno sotto indicati in orario di presenza in struttura del minore affetto da patologia cronica.

Cognome e Nome ……..
Data e luogo di nascita……
Residente a ……. In via……..tel……
Attualmente domiciliato presso :……
Somministrazione del farmaco oggetto della presente prescrizione: indicare nome commerciale del farmaco (e principio attivo), dose da somministrare, modalità , orario di somministrazione.
……
……
……
……
Tempo di durata del trattamento terapeutico:

Inizio il …… ……termine il ……

Capacità del minore ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:
SI [] NO[]

Modalità di conservazione:
……
……

Note per eventuali effetti collaterali :
……
……
……

Note di informazione specifica per il personale educativo :
……
……
……

Data …….. timbro e firma _____
(PLS, MMG, Medico di Continuità Assistenziale, Specialista Ambulatoriale)