

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Alla COORDINATRICE SCOLASTICA
ASILO INFANTILE
“CARD. GIOVANNI COLOMBO”
CARONNO PERTUSELLA (VA)

Il/la sottoscritto/a

Genitore Tutore dell'alunno/a

Frequentante nell'anno scolastico la classe/sezione

Telefono fisso telefono cellulare

Preso atto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di somministrazione di farmaci a scuola (allegato A)

RICHIEDE

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata. (allegato B)

Allega prescrizione/certificazione redatta dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione

SI IMPEGNA

A consegnare il/i farmaco/i a scuola ed a garantire il controllo della scadenza.

AUTORIZZA

IL PERSONALE EDUCATIVO E DI SUPPORTO DELL'ASILO INFANTILE, ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL/DEI FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO B, SOLLEVANDO, PER QUANTO DI PROPRIA PERTINENZA, LO STESSO DA EVENTUALI RESPONSABILITA' CIVILI DERIVANTI DA TALE ATTO.

Data _____ FIRMA del GENITORE _____

FIRMA della COORDINATRICE
SCOLASTICA _____

(allegato A)

**IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
IL MINISTRO DELLA SALUTE**

25.11.2005 - "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica." *(Estratto)*

Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 3 – Soggetti coinvolti - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

[.....]

Art. 4 – Modalità di intervento – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati. [...]

(allegato B)

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori

**SI PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, ALL'ALUNNO/A**

Cognome..... Nome.....

Data di nascita..... Residente a

in via..... Telefono.....

Classe/Sezione.....

Constatata l'assoluta necessità

E' PREVISTA

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEL GENITORE O SUO DELEGATO A SCUOLA

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEGLI OPERATORI SCOLASTICI **NON** SPECIALISTI

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione..... Dose.....

Orario:

Durata terapia:

Evento per il quale somministrare il farmaco

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Eventuali Note

.....

E' indispensabile la conservazione in frigorifero: **SI** **NO**

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra