

|  |
| --- |
|  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “BUONARROTI”** Via IV Novembre, 38 - 20094 Corsico (MI) - tel. 02.45100100 email: miic88800v@istruzione.it; p.e.c. miic88800v@pec.istruzione.it [www.icbuonarroticorsico.edu.it](http://www.icbuonarroticorsico.edu.it) |

# Al Dirigente Scolastico

Oggetto**: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

:

Io sottoscritto/a

genitore/tutore dell'alunno

nato a il / / / C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| frequentante la classe della scuola

Scuola per l’infanzia |\_|

Scuola primaria |\_ Scuola secondaria I e II grado |\_|

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 la Scuola e il personale scolastico, l’ATS e la ASST al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone);
* Autorizzo la Scuola e il personale scolastico, l’ATS e la ASST al trattamento dei dati del soggetto a rischio anafilassi soggetta a trattamento con adrenalina finalizzata a garantire una corretta informazione ad AREU per gli eventuali interventi di urgenza;
* dichiarano di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie;
* autorizzano il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e lo sollevano da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
* si impegnano a fornire alla Scuola il farmaco/farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti etc.) nonché a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
* si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazione del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
* si impegnano al termine dell’anno scolastico a ritirare i farmaci da scuola;

oppure che, in alternativa,

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

L’auto – somministrazione del farmaco è prevista laddove l’alunno per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Considerata la progressiva maggiore autonomia degli studenti con il crescere dell’età, si conviene sulla possibilità di garantire, laddove è possibile e **su richiesta del medico curante**, l’auto somministrazione dei farmaci

Firma

Data

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

Firma

Data

* Medico Prescrittore: Dr. tel
* Genitori: Madre cell.: Padre cell.:

**Note – vedi retro**

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata

# La certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico che ha in carico il soggetto, ai fini della presa in carico della richiesta dei Genitori al Dirigente Scolastico, deve esplicitare:

**<< che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco >>.**

* 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 variazione 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



PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA *- ex DGR 6919/2017*

**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
		1. Principio attivo
		2. Nome commerciale
		3. Forma farmaceutica
		4. Modalità di somministrazione ( da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
		5. Dosaggio e orario
		6. Modalità di conservazione
		7. Durata ( dal ------- al oppure continuativa )
		8. Descrizione dell’evento che prevede la somministrazione
	5. L’assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico con riferimento a tempistica e posologia della stessa
	6. **La certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico che ha in carico il soggetto, ai fini della presa in carico della richiesta dei Genitori al Dirigente Scolastico, deve esplicitare:**

**<< che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco >>.**

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

1. Nome del farmaco
2. Dose e modalità di somministrazione
3. Evento che determina l’esigenza di somministrazione del farmaco