PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE Di FARMACI A MINORI NEI CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA Dl MODENA

Allegato

# PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

PER LA SOMMINOSTRAZIONE Dl FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCAT{VO"

Considerata l'assoluta necessità

S! PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

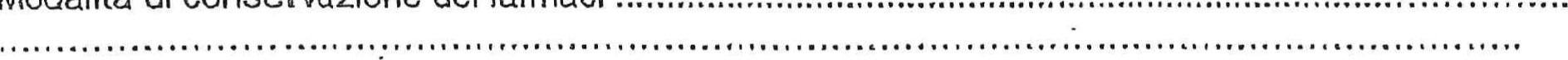
cognome nome

nato/a a 

Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

 Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

Modalità di conservazione dei farmaci



Eventuali norme di primo soccorso

Periodo di validità della prescrizione:



(data) (timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: Si allega specifica nota informativa.

incluse te comunità educative semiresidenziali per minori.

## ALLEGATO 2 -versione giugno 2014 (Protocollo per la somministrazione dei farmaci a minori nei contesti scolastici nella Provincia di Modena)

Al Dirigente Scolastico dell' I.C. 8 di Modena

# OGGETTO: RICHIESTA Dl SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DO FARMACI

lo sottoscritto genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la sezione/ classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO

* di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a;
* che il/la sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da rne formalmente delegato, possa accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a;
* la somministrazione del farmaco in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico;
* l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico;

come da allegata certificazione medica rilasciata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal dottor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

**Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs. 196/03 e del D.M. 305/06.**

**Autorizzo gli operatori della scuola alla somministrazione del farrnaco come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla scuola dal sottoscritto il quale ne garantirà la sostituzione alla scadenza.**

Modena, Firma dei genitori o di chi ne fa le veci\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili della famiglia

