

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare: o Mattina (h.) dose da somministrare
- o Pasto (prima, dopo) dose
- o Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....
- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... **(Oppure)**

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

 Sì No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

 Sì No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

Luogo e Data

In fede
Timbro e Firma del Medico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo "Don Milani"
Via delle Gardenie, 73 – PRATO

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome)

Genitore dello studente/essa, (oppure)

Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, (oppure)

Studente/essa maggiorenne

nato/a a il .../.../..... e residente a
..... in Via, che frequenta
la classe sez dell'Istituto
sito in Via Cap Località
..... Provincia,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL /dal Dott., in data .../.../..... ;

CHIEDE

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che al proprio/a figlio/a /a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che il proprio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Il sottoscritto esprime il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e reso disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleva il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà cura del sottoscritto provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà propria cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a, rilevante ai fini della somministrazione, così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e del Regolamento UE GDPR 2016/679

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiara di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(*) Firma

__/__/__

* Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne)

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO¹

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a* _____

(Da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data _____ alle ore _____ la /il sig./sig.ra _____,
(*barrare la voce corrispondente*)

O genitore dell'alunno/a _____

(Oppure)

O esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a _____

(Oppure in caso di alunno maggiorenne)

O l'alunno/a _____, nato a _____, il ___/___/___

e residente a _____ iscritto alla classe _____ sez _____

dell'Istituto _____

CONSEGNA

all'incaricato al ritiro del farmaco Sig./Sig.ra _____ individuato nel

Piano di intervento personalizzato prot. ____ n° _____, un flacone nuovo e integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano

Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ___ / ___ / ___ dal (*barrare la voce corrispondente*):

O Servizio di pediatria dell'Azienda USL _____

O medico pediatra di libera scelta dott. _____

O medico di medicina generale dott. _____

¹ *L'allegato 3 va compilato in concomitanza con la segreteria didattica e dell'incaricato al ritiro del farmaco.*

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo _____

con le seguenti modalità:

Il genitore/l' esercente la potestà genitoriale/lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____

Data ___/___/___

Firma dell'incaricato al ritiro del farmaco _____

Firma del genitore/ studente _____