

**AUTORIZZAZIONE e RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti:.....  
.....

Genitori /esercenti patria potestà dell'alunno/a

.....  
nato a .....il.....  
residente a .....in via.....  
frequentante la classe.....della Scuola.....  
sita a .....in via.....

essendo il minore affetto da.....  
.....

constatata la non differibilità di somministrazione del farmaco in orario extrascolastico e l'impossibilità a provvedere autonomamente,

**chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata prescrizione medica del dott.....  
rilasciata in data.....**

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e pertanto **si autorizza** fin d'ora l'intervento da parte degli operatori scolastici designati da codesta scuola .

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)
<b>SI</b> <span style="margin-left: 200px;"><b>NO</b></span>

data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante.....
- Genitori.....

Timbro e firma del medico curante (Pediatria di base, ospedaliero, medico di base)

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Constatata la non differibilità del farmaco in orario extrascolastico e vista la richiesta dei genitori

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A:**

Cognome .....Nome.....  
Data di nascita.....residente a .....  
In via.....telefono.....  
Classe/sez.....della Scuola.....  
Sita a .....in via.....  
Dirigente Scolastico.....

**Farmaco da somministrare**

Nome commerciale del farmaco:.....

Modalità di somministrazione.....

.....

Orario di somministrazione:.....

Posologia:

1<sup>^</sup> dose .....2<sup>^</sup> dose.....

3<sup>^</sup> dose..... 4<sup>^</sup> dose.....

Durata della terapia: dal.....al.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

.....

Note:.....

.....

Data.....

Timbro e firma del medico

**ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE INDIRIZZATE AL PERSONALE SCOLASTICO DESIGNATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO IN CASO DI EPISODIO ACUTO DI PATOLOGIA CRONICA NOTA**

Si certifica che all'aluno/a  
Cognome .....Nome..... data di nascita.....

**Deve essere somministrato il farmaco .....**

in caso di comparsa di episodio acuto di  
.....  
.....  
che si manifesti .con

.....  
.....  
.....

In tali situazioni, l'operatore scolastico designato dovrà  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Se dopo.....

i sintomi non regrediscono, si dovrà provvedere a  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nel caso in cui la crisi non si risolvesse nonostante il farmaco, è opportuno avvisare i genitori o, se non reperibili, avvisare il 118 o portarlo in ospedale.

**Si allega la prescrizione medica con le istruzioni sulla somministrazione e sulla modalità di tenuta della confezione del farmaco fornita dai genitori.**

**Si avvisa che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario e quindi dall'operatore scolastico.**

timbro e firma del medico