

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p> <p>Distretto n. 5 UOC Servizi Integrati alla Persona Servizio Integrazione Scolastica</p>	<p>PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA</p>	<p>Modello A1 Richiesta somministrazione farmaci da parte dei genitori</p>
		<p>REV.02 del febbraio 2017</p>

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

**E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI COME DA ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA**

**RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ Dal Dott. \_\_\_\_\_**

Si precisa che LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E' FATTIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO E DI CUI SI AUTORIZZA FIN DA ORA L'INTERVENTO.

I genitori acconsentono 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)

SI

NO

Il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori**

\_\_\_\_\_  
PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

\_\_\_\_\_  
MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

### Recapiti telefonici utili

Madre cell. \_\_\_\_\_

lavoro \_\_\_\_\_

Padre cell. \_\_\_\_\_

lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/medico specialista

Cell. \_\_\_\_\_

ambulatorio \_\_\_\_\_

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p> <p>Distretto n. 5 UOC Servizi Integrati alla Persona Servizio Integrazione Scolastica</p>	<p>PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA</p>	<p>Modello A2 Prescrizione del medico curante alla somministrazione dei farmaci a scuola</p> <hr/> <p>REV.02 del febbraio 2017</p>
---	---	--

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
AMBITO SCOLASTICO**

DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DELLO SPECIALISTA DELL'ALUNNO E DA  
CONSEGNARE AL COORDINATORE

**VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA'**

**SI PRESCRIVE**

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

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**DEL SEGUENTE FARMACO**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

**ORARIO** 1<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_

**Durata della terapia** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Eventuali effetti collaterali** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione del farmaco** \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del PLS/Specialista \_\_\_\_\_

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p> <p>Distretto n. 5 UOC Servizi Integrati alla Persona Servizio Integrazione Scolastica</p>	<p>PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA</p>	<p>Modello A3 Liberatoria</p>
		<p>REV.02 del febbraio 2017</p>

## LIBERATORIA

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
COORDINATORE DEL SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

### Autorizzano

Sotto la propria responsabilità alla somministrazione dei farmaci e/o somministrazione di alimenti per via parentale prescritte dal Medico di base/Medico Specialista \_\_\_\_\_  
al proprio figlio affetto da \_\_\_\_\_ come da certificato allegato,  
durante l'orario di permanenza a scuola.

Si impegnano a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica e/o alimentare e consegnare alla scuola /referente Ulss la nuova prescrizione.

### Sollevano

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco e/o alimento stesso, il personale che effettua la somministrazione.

Chiedono che il personale del servizio presente a scuola, possa effettuare questa prestazione, considerato che sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

\_\_\_\_\_  
MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

PIANO DI EMERGENZA : \_\_\_\_\_

( DA COMPILARE DAL MEDICO CURANTE (in stampatello maiuscolo))

data del piano \_\_\_\_\_

Nome e cognome studente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ classe e sez. \_\_\_\_\_

Medico Pediatra curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**QUALORA SI VERIFICHI:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COSA SI DEVE FARE?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COSA SI DEVE SOMMINISTRARE?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUALORA SI VERIFICHI:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COSA SI DEVE FARE?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COSA SI DEVE SOMMINISTRARE?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUALORA SI VERIFICHI:**

---

---

**COSA SI DEVE FARE?**

---

---

**COSA SI DEVE SOMMINISTRARE?**

---

---

**QUALORA SI VERIFICHI:**

---

---

**COSA SI DEVE FARE?**

---

---

**COSA SI DEVE SOMMINISTRARE?**

---

---

**FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_