

Ai genitori interessati alla somministrazione di farmaci a scuola

Nel consegnare le indicazioni relative alla somministrazione di farmaci a scuola si informa che:

1. La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere:

- formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale
- (allegato n. 2);
- l'autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico,
- ha validità per un l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico e in corso dello stesso anno, se necessario.

2. I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e trattenuti dalla scuola per tutta la durata della terapia, Il modulo di prescrizione, (allegato n. 3), deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità d'equivoci e/o errori:

- nome e cognome dell'alunno/a
- nome commerciale del farmaco o principio attivo per i farmaci generici
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- durata della terapia.
- i farmaci a chiusura anno scolastico vanno sempre ritirati.



Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"A. Rosmini" Pusiano (CO)

I SOTTOSCRITTI

(PADRE)

(MADRE)

genitori di

a

il

residente a

in via

frequentante la classe sez.

della Scuola: primaria plesso di

secondaria di 1° grado di

facente parte dell'I.C. "A. Rosmini" di Pusiano, constatata l'assoluta
necessità dell'assunzione del farmaco prescritto.

autorizzano

il personale scolastico a somministrare, in caso di necessità, al proprio
come da prescrizione medica allegata.

I sottoscritti si impegnano a sostituire alla loro scadenza.

Acconsentono 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).

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

, li

in fede

(PADRE)

(MADRE)

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta del genitore e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SOTTOINDICATO/I, DA PARTE DI
PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO
ALL'ALUNNO/A**

Cognome _____ nome _____
_____ il _____ a _____ residente a _____
in _____ n° _____ telefono _____
scuola _____ classe _____ sez. _____

Dirigente Scolastico

nome commerciale del farmaco

dose da somministrare

modalità di somministrazione

durata della terapia

modalità di conservazione del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

data,

Timbro e firma del medico

Firma per presa visione del genitore

.....
.....