

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACIDA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti

Genitori di

Nato a

il

in via

Residente a

Frequente 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' FATTABILE 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 _____

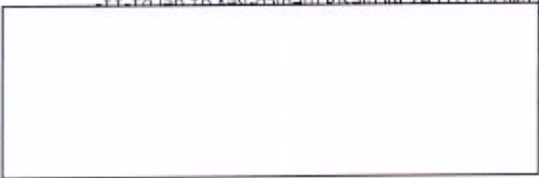
Padre cell. _____

lavoro _____

Pediatra di libera scelta/medico specialista _____

ambulatorio _____

Cell. _____



Timbro

LI

Data

Firma del pediatra di libera scelta/Specialista

Note

Modalità di conservazione del farmaco

Eventuali effetti collaterali

Durata della terapia dal _____ al _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____

DOSE

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

NOME COMMERCIALE del farmaco

DEL SEGUENTE FARMACO

Nel caso in cui si verifichi

Affetto da

Sito a _____ in via _____

Frequente la classe _____ dell'istituto _____

Residente a _____ in via _____

Nato a _____ il _____

Nome _____ Cognome _____

SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO PER L'ALUNNO/A

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON

SI PRESCRIVE


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

CONSEGNARE AL COORDINATORE

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

AMBITO SCOLASTICO

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN

<p>Modello A2 Prescrizione del medico curante alla somministrazione del farmaci a scuola REV.01 del 01/11/2014</p>	<p>PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA</p>	 <p>AULSS 17</p>
--	---	---



**PROTOCOLLO PER LA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
A SCUOLA**

Modello A3 Liberatoria

REV.01 del 01/11/2014

LIBERATORIA

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO E AL REFERENTE DELL'A.U.L.S.S. 17

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'