

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Pinerolo III

Oggetto: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO.

I sottoscritti Padre _____

Madre _____

genitori dell'alunn _____

frequentante la classe _____ sez. _____ nel plesso _____ a.s. _____

n.tel. _____ n. cell. _____ altro _____

vista la specifica patologia dell'alunn _____:

DICHIARANO

di aver istruito adeguatamente, d'intesa e con verifica del medico, il proprio figlio sulla autosomministrazione del farmaco riportato nella prescrizione medica allegata e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto l'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia;

COMUNICANO

che il/la proprio/a figlio/a è completamente autonomo/a nell'autosomministrazione della terapia farmacologica, come da valutazione congiunta con il medico specialista e/o Centro Specialistico riportata sulla prescrizione medica allegata.

PERTANTO CHIEDONO

che il/la suddetto/a minore possa autosomministrarsi il seguente medicinale _____ durante le ore di lezione, come da prescrizione/certificazione/piano d'azione allegato, che contiene in modo esplicito e leggibile:

- il nome commerciale del farmaco
- la dichiarazione che il farmaco deve essere assolutamente somministrato durante le ore di lezione
- la dichiarazione che l'alunno può autosomministrarsi il farmaco
- la descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto
- le modalità, i tempi di somministrazione e la posologia
- le modalità di eventuale conservazione del farmaco e la sua durata in relazione alle modalità di conservazione

Dichiarano di assumersi tutte le responsabilità civili e penali conseguenti alla presente richiesta e di sollevare gli operatori scolastici da qualsiasi responsabilità.

Data, _____

In fede

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

Si certifica per il minore

Cognome Nome

Nato il a.....

Residente a in via

Iscritto c/o la scuola..... Classe sezione

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Via di somministrazione

Orario 1^a dose..... 2^a dose 3^a dose

Durata terapia dal al

Descrizione dettagliata della sintomatologia scatenante l'evento:

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

Il farmaco può essere somministrato da personale non sanitario?:

Dalla valutazione congiunta con la famiglia il minore è in grado di autosomministrarsi il farmaco?:.....

Modalità di conservazione del farmaco

Eventuali note

Effetti collaterali

Luogo e data

Timbro e firma del medico