Allegato 4

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto I.C. Don Lorenzo Milani

OGGETTO: Richiesta di conferma somministrazione farmaci anno precedente per l'anno scolastico_____

I sottoscritti *(nome e cognome genitore)* _____

(nome e cognome genitore) _____,

genitori dell'alunno/a _____

nato a _____il _____,

residente a _____in via _____,

frequentante la sezione/classe____ della Scuola _____, essendo il minore affetto da *(diagnosi) (Es. DIABETE MELLITO TIPO 1)* _____, constatata l'assoluta necessità,

- Consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

CHIEDONO CHE IL PERSONALE DELLA SCUOLA

- collabori nella gestione delle problematiche mediche e sia preparato per eventuali emergenze;

- provveda alla somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci indicati come da allegata prescrizione medica rilasciata dal Dott._____ nell'anno scolastico 20……/……, se il protocollo somministrazione farmaci risulta invariato e non è necessario il rinnovo della prescrizione medica);

- che mio figlio/a essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

In ogni caso si solleva da ogni responsabilità il personale della scuola che dia la disponibilità a collaborare o somministrare il farmaco, purché effettuata in ottemperanza al piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Numeri di telefono utili:

- Medico curante Dott. _____
- Genitori _____

Indicazioni terapeutiche da confermare:

- Sintomi (Es. IPOGLICEMIA CON PERDITA DI COSCIENZA):

  _____

- Nome commerciale del farmaco: (Es. GLUCAGEN HYPOKIT (scatolina arancione):

  _____

- Modalità di conservazione del farmaco: (Es. FRIGORIFERO o TEMPERATURA <25°C per 18 mesi):

  _____

- Modalità di somministrazione (Es. INTRAMUSCOLO):

  _____

- Dosi (es. 1 mg - 1 FIALA INTERA):

  _____

- Durata del farmaco:

  _____

Si acconsente 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 ☐ NO

Data _____ *FIRMA DEI GENITORI*

_____

_____