

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(a cura dei genitori ; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti genitori
di nato a
il residente a in
via n. frequentante la classe della
Scuola.....sita a.

Via n.essendo il minore affetto da

..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga
sommministrato il farmaco salvavita.....

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola , ad intervenire a sostegno delle funzioni
vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli
operatori del 118.***

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica
necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/medico curantecell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di
riferimento.....tel.....

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore

CognomeNome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N.

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra /MMG

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a.....genitore.....
dell'alunno.....frequentante la classe.....
della scuola consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita
.....da somministrare al/alla bambino/a in caso di.....
.....nella dose.....e da certificazione medica
consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal
dott.....

Il genitore:

***provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale
sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di
trattamento***

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il

Il genitore

.....

CARTA INTESTATA ISTITUTO

(FORMAT ISTANZA RICHIESTA)

Al Direttore del Distretto o PTA

Email:.....

Al Responsabile U.O. Educazione e Promozione
della Salute Distrettuale o PTA

Email:.....

Oggetto : **Richiesta “Formazione in situazione” , somministrazione farmaco salvavita.**

Il/La sottoscritto/a -----, in qualità di Dirigente Scolastico della scrivente Istituzione-----
----- nell’ambito delle attività e obiettivi previsti dal protocollo d’intesa
“UNA NUOVA ALLEANZA PER LA SALUTE DEI BAMBINI “, stipulato tra USR e Assessorato della Salute (Giusto
decreto del 17.06.2016 – GURS N. 29 del 08.07.2016)

chiede

alla S.V. l’attivazione della “Formazione in Situazione” per il proprio personale scolastico individuato.

Si dichiara inoltre di **essere in possesso di** :

- ☐ Richiesta dei genitori dell’alunno _____
- ☐ Documentazione medica riguardante l’alunno
- ☐ Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci ed alla formazione.
- ☐ Dichiarazione sull’individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti.

La problematica di salute evidenziata è:

(Specificare il bisogno rilevato. *Esempio : Crisi epilettiche in iperpiressia*)-----

Pediatra/MMG: Dott./Dott.ssa _____

Recapito telefonico:

Cell.....Ambulatorio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di
riferimento.....

Il Dirigente Scolastico

(a cura degli operatori scolastici)

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI

(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita")

VERIFICATESI NELL'ANNO SCOLASTICO _____

NELL'ISTITUTO SCOLASTICO _____

DATA E ORA	ALUNNO	SITUAZIONE VERIFICATESI	INTERVENTO EFFETTUATO DAL PERSONALE SCOLASTICO E FIRMA OPERATORE

l'Operatore scolastico