



Ministero dell' Istruzione dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO DI CORSO CAVOUR - PAVIA
Corso Cavour, 49 - tel. 0382/26884 - fax. 0382/531721
E-mail: pvee82900r@istruzione.it PEC: pvic82900r@pec.istruzione.it
cod. fisc. 96069400180 - Sito Web: www.icdicorsocavourpv.it

ALLEGATO 9 - SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Nel caso in cui sia necessaria la somministrazione di farmaci agli alunni durante l'orario scolastico si procederà nel modo di seguito specificato (nota MIUR 25 novembre 2005, prot. n. 2312).

1. Il genitore dovrà procedere alla compilazione del modello denominato "Allegato 2" (pag. 2) e far compilare dal medico curante il modello denominato "Allegato 3" (pag. 3).
2. Qualora l'alunno non sia in grado di autosomministrarsi il farmaco (scuola infanzia e primaria):
 - a. si procederà a verificare la possibilità di somministrazione da parte di un genitore o di persona delegata;
 - b. l'impossibilità da parte di un genitore dovrà essere documentata al Dirigente scolastico;
 - c. si procederà al reperimento del /dei docente /docenti deputati alla somministrazione;
 - d. si acquisirà l'accettazione scritta da parte del /dei docente /docenti individuati;
 - e. il farmaco dovrà essere recapitato possibilmente in scatola integra o ben custodita e consegnato all'insegnante di classe subito all'ingresso;
 - f. di conseguenza, l'insegnante provvederà a conservare il farmaco in un luogo idoneo e inaccessibile agli alunni.
3. Se l'alunno è in grado di autosomministrarsi il farmaco si procederà nel modo indicato alle lettere "e." ed "f."

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O AUTOSOMMINISTRAZIONE

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti

.....

genitori di

nato a il

residente a in via.....

frequentante la classe della Scuola

sita a in via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....dal Dr.....

☐ Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario.

☐ 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

☐ Si autorizza il proprio figlio all' autosomministrazione.

Si allega prescrizione ☐ del Medico di Medicina Generale / ☐ del Pediatra di libera scelta

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/Medico curante

• Genitori

Allegato 3

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- Vista la richiesta dei genitori;
- constatata l'assoluta necessità;
- accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità;

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....

Data di nascita Residente a

in via Telefono

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1^ dose 2^ dose 3^dose 4^ dose

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

note

.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra