

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

Medico di Medicina Generale Pediatra di Famiglia Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome _____

nato a _____ il ____/____/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

scuola secondaria di secondo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data _____

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunna di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/a _____

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare*

all'alunno _____

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a _____
(oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. _____ n. _____ una confezione nuova ed integra del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno come da certificazione medica consegnata in segreteria, rilasciata in data...../2021 dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL

medico pediatra di libera scelta Dott. _____

medico di medicina generale dott. _____.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nella certificazione medica nel seguente luogo: _____ con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore _____

Data ___/___/_____

(da riconsegnare in segreteria a cura del personale scolastico)

DICHIARAZIONE custodia del FARMACO

OGGETTO: **Alunno** _____

Dichiarazione di *custodia del farmaco salvavita/indispensabile in auto-somministrazione*

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____

DICHIARO che sarà nostra cura accertare che il farmaco _____

_____ descritto nel Piano Terapeutico personalizzato del _____

sia conservato secondo le caratteristiche del prodotto e **quotidianamente custodito nello zaino** dell'alunno.

Il genitore/l' esercente la potestà genitoriale *si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.*

Firma del genitore _____

Brescia, ____/____/____