

All. n.1

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.S.
Margherita di Navarra

- Oggetto: Richiesta di:**
- collaborazione per problematiche mediche**
 - somministrazione di farmaci in orario scolastico**
 - conferma protocollo a.s. 2021/2022**

I sottoscritti (*nome e cognome padre*) _____

(*nome e cognome madre*) _____,

genitori dell'alunno/a _____

Esercente la potestà _____

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 in data _____ dal Dott. _____ (se il protocollo somministrazione farmaci risulta invariato rispetto all'a.s. precedente, 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.

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

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:

- 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 _____

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Interventi da attuare dopo la somministrazione del farmaco:

- Chiamare il 118;
- Chiamare i genitori;
- Altro _____