

RICHIEDA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

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

I sottoscritti genitori
di nato a
il residente a in
via frequentante la classe della
Scuola sito a
Via 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:

Genitori cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/medico curante cell/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

Cognome Nome

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 consegna 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

I genitori

.....

.....

(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