

Oggetto: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SALVAVITA

I sottoscritti:

Padre/Genitore/Tutore:

Madre/Genitore/Tutore:

in qualità di **genitori/esercenti la responsabilità genitoriale** dell'alunno/a:

Nome e cognome:

Nato/a a: (.....)

Il:

Residente a:

Via/Piazza: **n.**

Frequentante la classe: presso

CHIEDONO

che, qualora si verificasse una situazione di **urgenza/emergenza sanitaria correlata alla patologia** da cui è affetto/a il/la minore, venga somministrato il seguente **farmaco salvavita**, secondo le modalità, la posologia e le indicazioni contenute nella certificazione medica allegata:

Patologia:

Nome del farmaco:

Principio attivo:

Dosaggio:

Modalità di somministrazione:

Eventuali ulteriori indicazioni mediche:

.....

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE

I sottoscritti **AUTORIZZANO** il personale scolastico individuato dall'Istituto, secondo le procedure interne e le indicazioni previste dalla documentazione sanitaria prodotta, a intervenire in caso di necessità e, ove necessario, a procedere alla **somministrazione del farmaco salvavita**, in attesa dell'arrivo degli operatori del **Servizio di Emergenza-Urgenza (118/112)**.

I sottoscritti sono consapevoli che l'eventuale somministrazione sarà effettuata da **personale scolastico non sanitario**, nell'ambito delle procedure adottate dall'Istituto e sulla base delle indicazioni contenute nella certificazione medica allegata.

I sottoscritti dichiarano di aver fornito alla Scuola tutte le informazioni necessarie relative alla patologia e alla terapia farmacologica del minore e si impegnano a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione.

DICHIARAZIONE SUI LIMITI DI RESPONSABILITÀ

I sottoscritti dichiarano di essere pienamente consapevoli che la somministrazione del farmaco salvavita viene richiesta dagli stessi **esclusivamente nell'interesse e a tutela della salute del minore**, sulla base della certificazione medica allegata e secondo le modalità ivi prescritte.

I sottoscritti riconoscono che il personale scolastico **non è personale sanitario** e che l'eventuale intervento viene effettuato esclusivamente in situazione di emergenza, nell'ambito delle procedure adottate dall'Istituto e **in attesa dell'intervento del Servizio di Emergenza-Urgenza (118/112)**.

I sottoscritti dichiarano pertanto di **non imputare all'Istituto scolastico, al Dirigente Scolastico o al personale incaricato della somministrazione del farmaco alcuna responsabilità per le conseguenze derivanti dalla patologia del minore, dall'evoluzione dell'emergenza sanitaria, dall'inefficacia o dagli effetti del farmaco, ovvero da circostanze non riconducibili a una condotta colposa o dolosa del personale scolastico**.

La presente dichiarazione non costituisce rinuncia ai diritti previsti dalla legge né esonero da responsabilità derivanti da eventuali condotte illecite o colpose accertate a carico dei soggetti interessati.

I sottoscritti dichiarano inoltre di assumersi la responsabilità di **informare tempestivamente la Scuola di qualsiasi variazione** relativa alla patologia, alla terapia, al farmaco, al dosaggio, alle modalità di somministrazione o alle condizioni di salute del minore.

RECAPITI IN CASO DI EMERGENZA

Genitore/esercente la responsabilità genitoriale 1

Nome e cognome:

Telefono cellulare:

Telefono abitazione:

Genitore/esercente la responsabilità genitoriale 2

Nome e cognome:

Telefono cellulare:

Telefono abitazione:

Pediatra di libera scelta / Medico curante

Nome e cognome:

Telefono/studio:

Medico specialista / Centro specialistico di riferimento

(da compilare se pertinente)

Nome e cognome dello specialista:

Struttura sanitaria:

Telefono:

DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALLEGATA

Alla presente richiesta si allega:

- **certificazione medica** attestante la patologia e la necessità della terapia farmacologica d'emergenza;
- **prescrizione/indicazione medica** relativa al farmaco, al dosaggio e alle modalità di somministrazione;
- eventuale ulteriore documentazione sanitaria ritenuta necessaria.

I sottoscritti dichiarano che la documentazione sanitaria fornita è aggiornata e si impegnano a provvedere alla sua tempestiva sostituzione in caso di modifica della terapia o delle indicazioni mediche.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita dall'Istituto e **acconsentono al trattamento dei dati personali e, in particolare, dei dati relativi alla salute del minore**, esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente richiesta, alla somministrazione del farmaco in caso di emergenza e alla tutela della salute e della sicurezza dell'alunno/a, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

DICHIARAZIONE FINALE

I sottoscritti dichiarano:

- di aver letto e compreso integralmente il presente modulo;
- di essere consapevoli delle modalità e dei limiti dell'intervento del personale scolastico;
- di aver fornito informazioni complete, corrette e aggiornate sulla patologia e sulla terapia del minore;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente alla Scuola ogni variazione relativa alla patologia, alla terapia farmacologica, al farmaco, al dosaggio, alle modalità di somministrazione e ai recapiti di emergenza;
- di autorizzare il personale scolastico, nei limiti delle procedure previste dall'Istituto e delle indicazioni mediche, alla somministrazione del farmaco salvavita in caso di emergenza.

Luogo e data:

FIRME DEI GENITORI / ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Padre/Genitore/Tutore

Firma:

Madre/Genitore/Tutore

Firma:

Eventuale altro esercente la responsabilità genitoriale

Firma:

ALLEGATO – SCHEDA MEDICA

INDICAZIONI DEL MEDICO PER LA GESTIONE E LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Da compilare a cura del Medico curante / Pediatra di libera scelta / Medico specialista

1. DATI DELL'ALUNNO/A

Nome e cognome:

Nato/a a: (.....)

Il:

Classe:

Istituto Istruzione Superiore con convitto annesso "Ignazio e Vincenzo Florio" di Erice (TP)

Indirizzo: Via Mario Barresi, 26 – 91016 Erice Casa Santa TP

e-mail: tpis03300r@istruzione.it - pec: tpis03300r@pec.istruzione.it

Telefono: +39 0923 556001

2. DATI CLINICI

Patologia / condizione clinica:

.....
.....

Eventuali condizioni o fattori scatenanti da considerare in ambito scolastico:

.....
.....

Segni e sintomi che indicano la necessità di somministrare il farmaco:

.....
.....
.....

Eventuali segni/sintomi di particolare gravità che richiedono l'attivazione immediata del Servizio di Emergenza-Urgenza (112/118):

.....
.....
.....

3. FARMACO SALVAVITA PRESCRITTO

Nome commerciale del farmaco:

.....

Principio attivo:

.....

Forma farmaceutica:

- ☐ compressa
- ☐ soluzione/iniezione
- ☐ autoiniettore
- ☐ spray
- ☐ altro:

Dosaggio prescritto:

.....

Dose da somministrare in caso di emergenza:

.....

Eventuale dose ripetibile:

- ☐ No
- ☐ Sì – indicare dopo quanto tempo:

Dose massima complessiva nelle 24 ore:

.....

4. INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE

Il farmaco deve essere somministrato in ambito scolastico?

- ☐ Sì, esclusivamente in caso di emergenza/urgenza
- ☐ Sì, secondo quanto indicato nella presente scheda
- ☐ No, non è prevista la somministrazione da parte del personale scolastico

Modalità di somministrazione:

.....
.....
.....

Via di somministrazione:

- ☐ orale
- ☐ sublinguale
- ☐ intramuscolare
- ☐ sottocutanea

- ☐ inalatoria
- ☐ nasale
- ☐ altra:

Istruzioni operative per la somministrazione:

.....

.....

.....

.....

Tempo indicativo entro il quale deve essere somministrato il farmaco dalla comparsa dei sintomi/segni indicati:

.....

È prevista una seconda somministrazione?

☐ No

☐ Sì – modalità e intervallo temporale:

.....

.....

5. EVENTUALE AUTOSOMMINISTRAZIONE DA PARTE DELL'ALUNNO/A

L'alunno/a è in grado di riconoscere autonomamente i sintomi/segni che richiedono l'assunzione del farmaco?

☐ Sì

☐ No

L'alunno/a è in grado di provvedere autonomamente alla somministrazione del farmaco?

☐ Sì

☐ No

☐ Parzialmente – specificare:

È prevista l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a in ambito scolastico?

☐ Sì, in autonomia

☐ Sì, con supervisione/supporto del personale scolastico

☐ No

Eventuali indicazioni, limitazioni o precauzioni relative all'autosomministrazione:

.....

.....

.....

6. COMPORTAMENTO DA ADOTTARE IN CASO DI EMERGENZA

In presenza dei segni/sintomi sopra indicati, il personale scolastico dovrà:

- ☐ attivare immediatamente il **112/118**;
- ☐ avvisare i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale;
- ☐ procedere alla somministrazione del farmaco secondo le presenti indicazioni;
- ☐ assistere/sorvegliare l'alunno/a durante l'episodio;
- ☐ altra indicazione specifica:

.....
.....

Ulteriori indicazioni mediche per la gestione dell'emergenza:

.....
.....
.....

Dopo la somministrazione del farmaco è necessario:

.....
.....

7. CONSERVAZIONE E CUSTODIA DEL FARMACO

Modalità di conservazione:

- ☐ temperatura ambiente
- ☐ frigorifero
- ☐ al riparo dalla luce
- ☐ altra modalità:

Temperatura/modalità di conservazione specifica:

.....

Il farmaco deve essere conservato nella confezione originale?

- ☐ Sì
- ☐ No – specificare:

Il farmaco deve essere immediatamente disponibile in caso di emergenza?

- ☐ Sì
- ☐ No

Indicazioni relative al luogo di conservazione/custodia:

.....
.....

Eventuali condizioni particolari di conservazione, trasporto o utilizzo:

.....
.....

Periodo di validità / eventuali indicazioni per la sostituzione del farmaco:

.....
.....

8. EVENTUALI PRECAUZIONI, CONTROINDICAZIONI O AVVERTENZE

.....
.....
.....
.....

Eventuali effetti indesiderati rilevanti da monitorare dopo la somministrazione:

.....
.....

9. VALIDITÀ DELLE INDICAZIONI MEDICHE

Il/La sottoscritto/a medico/a dichiara che le indicazioni contenute nella presente scheda sono riferite alla situazione clinica dell'alunno/a alla data della compilazione e devono essere applicate secondo la prescrizione e la documentazione sanitaria prodotta.

Data di compilazione:

Eventuale data di rivalutazione/validità della presente scheda:

.....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

Medico:

- ☐ Pediatra di libera scelta
☐ Medico di medicina generale
☐ Medico specialista

Nome e cognome:

.....

Qualifica / specializzazione:

.....

Struttura sanitaria / studio medico:

.....

Telefono:

Data:

Firma del medico:

.....

Timbro del medico:

.....

.....

.....

NOTA

La presente scheda deve essere allegata alla richiesta dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale e costituisce parte della documentazione sanitaria relativa alla gestione del farmaco in ambito scolastico.

Le indicazioni relative a **farmaco, dose, modalità e via di somministrazione, eventuale ripetizione della dose, autosomministrazione, conservazione e gestione dell'emergenza** devono essere compilate dal medico sulla base delle specifiche condizioni cliniche dell'alunno/a.