Oggetto: dichiarazione medica ESCLUSIVAMENTE per uso dei farmaci "SALVAVITA"

Il sottoscritto dott. .....

medico curante dell'alunno/a .....

nato/a a ..... il ..... che frequenta la

scuola ..... classe ..... sez. .....

DICHIARA

che..... è affetto da ..... e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere dettagliatamente i sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco):

.....

.....

è necessario che venga somministrato all'alunno/a il seguente farmaco:.....

.....

.....

.....

nella seguente posologia:.....

.....

.....

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione:.....

.....

La somministrazione del farmaco è differibile ☐ sì ☐ no

MODALITA' DI CONSERVAZIONE

☐ in frigorifero ☐ a temperatura ambiente ☐ altro .....

INTERVENTI DA METTERE IN ATTO DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (es. chiamare il 118, chiamare i genitori; altro)

.....

.....

ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA

.....

.....

DICHIARA

Inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico, presente al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data..... Firma e timbro del medico .....

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori e consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
I.C. VALDAGNO 1

I sottoscritti ……

……

genitori dell'alunno/a ……

che frequenta la scuola …… classe …… sez. …….

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a ……

è affetto da

……

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a ……

e che si manifesta con la seguente sintomatologia:

……

……

……

……

……
(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco

……

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

- Il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra
- L'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivante dalla somministrazione stessa.

ACCONSENTONO

Al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03

COMUNICANO I SEGUENTI NUMERI DI TELEFONO DA CONTATTARE IN CASO DI URGENZA:

N. Tel. …… intestato a ……

N. Tel. …… intestato a ……

N. Tel. …… intestato a ……

N. Tel. …… intestato a ……

N. Tel. …… intestato a ……

ALLEGA A TALE FINE:

- Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può esseresomministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia (vedi fac-simile):

CONSEGNA:

- il farmaco per il trattamento d'urgenza **(sarà nostra cura provvedere alla sostituzione alla scadenza dello stesso)**;
- altro
  ……

data ……

firma della madre……

firma del padre ……

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Patrizia LOMBARDI