

**SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**A.S. ....**

I farmaci a scuola non devono essere somministrati, **salvo i casi di farmaci salvavita autorizzati dal pediatra o dal medico competente.**

Il modulo d'autorizzazione allegato, deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibili, senza possibilità d'equivoci e/o errori:

- nome e cognome del bambino
- nome e cognome del genitore e recapito telefonico sempre reperibile
- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- dose da somministrare
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- durata della terapia.

La fornitura del farmaco e /o il suo reintegro è a cura onere e responsabilità della famiglia

La documentazione e la certificazione medica avranno durata per l'a.s. in corso e comunque rinnovabili nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Sarà cura del genitore fornire alla scuola il farmaco in confezione integra, specificando le modalità di conservazione. Il genitore dovrà inoltre collaborare alla formazione/informazione del personale e svolgerà un ruolo facilitatore nelle relazioni con il medico curante del bambino. In caso di uscite didattiche il medico dovrà certificare la trasportabilità del farmaco e le dettagliate modalità della conservazione dello stesso in tale occasione.

Resta in ogni modo prescritto il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) in relazione alla gravità dell'evento.

Busto Garolfo, .....

Firma del genitore/tutore  
per accettazione e presa visione

.....

**MODULO D'AUTORIZZAZIONE  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

A.S.....

Io sottoscritto .....

genitore/tutore del bambino.....

frequentante la sezione .....

chiedo

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Recapito telefonico *sempre reperibile* del genitore/tutore .....

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dalla Coordinatrice Scolastica alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

-----

Farmaco .....

Dosi .....

Orari .....

Periodo di somministrazione .....

Modalità di conservazione

.....

.....

Busto Garolfo, .....

Firma del genitore/tutore

.....

**PROTOCOLLO INTERNO**

1) L'insegnante referente per l'alunno .....

è .....

sarà quindi suo compito somministrare il farmaco in caso di necessità.

Fermo restando che tutto il personale sarà informato e formato circa la sintomatologia, la posologia e le modalità di somministrazione; in caso di assenza dell'insegnante referente, ne farà le veci:

.....

2) Sarà cura della Scuola avvisare tempestivamente la famiglia e il servizio 118 in caso di emergenza.

3) Il farmaco integro verrà conservato (come da documentazione allegata)

.....

e comunque in un luogo di facile accesso per il personale e che consenta l'intervento tempestivo.

Busto Garolfo, .....

Firma del genitore/tutore

.....