CERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA

Si certifica che ……

Nata/o a …… il ……

residente in via …… Comune …….. Prov …….

È affetto /a dalla seguente patologia
……
……

per la quale:

Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco in orario scolastico con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso;

La somministrazione **NON** richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco ……..

forma farmaceutica …….. dosaggio ……

Principio attivo del farmaco ……

Modalità di somministrazione:
□ auto-somministrazione
□ somministrazione da parte di terzi

descrizione……
……..
……..
……..
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:……
……
……
……
……
……

Dose da somministrare:.....

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni) se terapia quotidiana e non di emergenza:

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

Modalità di conservazione del farmaco (secondo quanto disposto nel Riassunto delle caratteristiche del Prodotto RCP e nel Foglio Illustrativo del farmaco):

□ temperatura ambiente
□ frigorifero
specifiche.....
.....
.....
.....

Si rilascia su richiesta degli interessati, per gli usi consentiti dalla legge

Data .....

Firma e timbro del Medico

Sistema Socio Sanitario
Carlo Poma
Regione Lombardia
ASST Mantova

Allegato 2

RICHIESTA DEI GENITORI

(o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data……..

Al Dirigente Scolastico della Scuola
……

I sottoscritti …… ……

Genitori dell'alunno/a ……

Della classe…… Scuola……

residente a……

In via……

Comune…… Prov……

Telefono ……..

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr…… presentati in allegato alla presente richiesta.

Dichiarano:

- Di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
- Di autorizzare, se del caso, l'auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome …… Tel……

nome…… Tel……..

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Firma Firma