

Allegato 1

RICHIESTA al DIRIGENTE SCOLASTICO

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPLESSIVO "C. MUSSO"
di TRECATE

Il/i sottoscritto/i _____

_____ dell'alunno _____
(genitore/i affidatario/i tutore/i)

frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola _____
(dell'infanzia, primaria, secondaria I grado)

nell'anno scolastico _____.

Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____

Vista la specifica patologia del/della proprio/a figlio/a: _____

RICHIEDE/RICHIEDONO

la somministrazione di farmaci in orario scolastico;

l'intervento specifico _____

_____;

l'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o l'intervento specifico

[Barrare la/le voce/i che interessa/interessano]

Allega:

- Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario.

Data _____

FIRMA

(genitore/i affidatario/i tutore/i)

INDICAZIONI
Per la SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI e/o per l'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI
in ORARIO SCOLASTICO

Il minore

Cognome _____ a _____

Nome _____ nato il _____

residente a _____ in _____

Via _____

affetto dalla seguente patologia _____

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia

farmacologica: _____

nome del farmaco da somministrare quotidianamente: _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Modalità di conservazione dei farmaci: _____

nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza: _____

Modalità di somministrazione _____

Modalità di conservazione dei farmaci: _____

Dose: _____

Modalità di somministrazione _____

Modalità di conservazione dei farmaci: _____

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico: _____

Modalità di esecuzione: _____

Orario di esecuzione dell'intervento/ _____

Eventuali note: _____

Timbro e firma del medico (1)

Luglio e data _____

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico

AI DIRIGENE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPLESSIVO "C. MUSSO"
di TRECATE

Il sottoscritto (padre) _____ e (madre) _____ in qualità di
_____ del minore _____ iscritto per l'anno
scolastico _____ presso la scuola _____ la classe _____ sezione _____
(dell'infanzia, primaria, secondaria I grado)

CHIEDONO

di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome	qualifica
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

- a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;
- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, delegano formalmente il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) SÌ NO

In fede (firma del padre) _____ In fede (firma della madre) _____

[In caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare]

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____ dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente _____

Luogo _____ data _____ Firma _____

- Numeri di telefono utili:
- genitore (padre) _____
 - genitore (madre) _____
 - altri numeri utili _____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Cronilde Musso"
□ di Trecate

Oggetto: Disponibilità alla somministrazione farmaci salvavita.

Il/La sottoscritto/a.....

- Docente della sezione/classe.....
- Docente formato al primo soccorso.....
- Collaboratore scolastico.....
- Collaboratore scolastico formato al primo soccorso.....

presso la scuola dell'Istituto Comprensivo "Cronilde Musso"
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a..... della
sezione/classe.....

dichiara

la propria disponibilità / la non disponibilità alla somministrazione dei farmaci per
la terapia quotidiana o del farmaco salvavita (previa formazione) in situazioni di
emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione * medica.
*(allegato 3 o 3bis).

Trecate,.....

.....

N.B. : Barrare le caselle interessate

Allegato 3 bis

INDICAZIONI per la SOMMINISTRAZIONE di FARMACI e/o per L'ESECUZIONE di INTERVENTI SPECIFICI nel DIABETE TIPO 1 in ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

Il minore

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ in
Via _____

affetto/a da diabete mellito di tipo 1

è attualmente in terapia insulinica intensiva con:

multiple iniezioni giornaliere (penne) infusione continua (microinfusore)

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia insulinica:

nome dell'insulina: _____

Orario, modalità e schema di somministrazione: _____

Modalità di conservazione del farmaco: l'insulina in uso può essere conservata a temperatura ambiente.

L'insulina di scorta va conservata fra 4 e 8 gradi.

Il paziente è portatore di monitoraggio continuo della glicemia sì no

In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza somministrare:

- glucagone (nome farmaco= _____) sottocute e/o intramuscolo alla dose: 1 fiala= 1 mg se

il peso è \geq 30 Kg, ½ fiala se minore

Modalità di conservazione del farmaco: a temperatura refrigerata (4-8 gradi). Se conservato a temperatura ambiente è stabile per 18 mesi.

I genitori del paziente sono stati correttamente istruiti su tutta la gestione terapeutica del diabete e

sono non sono ancora idonei a dare indicazioni sulle variazioni della terapia.

Eventuali note: _____

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico

