

ALLEGATO 5A (corrispondente ad ALLEGATO A)
**DI RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO
SCOLASTICO**

(Da compilare da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale e che deve essere presentato insieme all'ALLEGATO 5B -piano terapeutico- redatto da parte del pediatra)

Data _____

Al Coordinatore del Nido di Infanzia/
Dirigente Scolastico della Scuola
dell'Infanzia _____

I sottoscritti _____

Genitori del/la bambino/a _____

Codice Fiscale _____

Frequentante la sezione/stanza/classe _____ presso il Nido/ la Scuola
d'Infanzia/Sezione Primavera _____

Residente in via _____

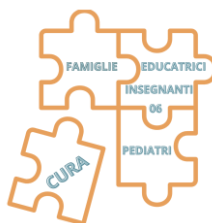
Comune _____ Prov _____

Telefono/Cellulare _____

Richiedono la somministrazione di farmaci al nido / a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dott/ssa _____ e presentati in allegato alla presente richiesta.

CHIEDONO:

- ☐ la disponibilità del/la Nido/Scuola d'infanzia alla somministrazione;
 - ☐ la possibilità di accesso al Nido/Scuola d'infanzia per la somministrazione del farmaco da parte del Sig./Sig.ra (specificare se genitore, parente, volontario)
- _____



DICHIARANO:

1. Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale educativo/scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
2. Di autorizzare il personale del nido/scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
3. Di impegnarsi a fornire al nido/scuola il farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, microinfusori di insulina, sistemi di monitoraggio continuo del glucosio, glucometri, etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza; con particolare riferimento all'adrenalina auto iniettabile e al farmaco per l'interruzione della crisi epilettica prolungata, farmaci che devono sempre seguire il bambino in ogni momento della sua permanenza all'interno del servizio 0-6 e durante attività extrascolastiche previste (come ad esempio uscite didattiche), devono essere consegnati dai genitori al referente del servizio, che prende in carico il farmaco all'arrivo al nido/scuola e lo restituisce all'uscita;
4. Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Coordinatore del nido o al Dirigente/referente della scuola dell'infanzia eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;

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

Cognome e nome _____

Telefono/Cellulare _____

Cognome e nome _____

Telefono/Cellulare _____

FIRMA DEI GENITORI



ALLEGATO 5B - FAC SIMILE DI PIANO TERAPEUTICO E CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

**(Da compilare e redigere da parte del pediatra anche secondo un suo modello
prestampato o in formato digitale, che andrà allegato all'allegato 5A)**

Si certifica che il/la bambino/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in via _____
Comune _____ Prov _____
Frequentante la sezione _____ del/la Nido/Scuola
d'infanzia/Sezione Primavera _____
presso il Comune di _____

È affetto/a dalla seguente patologia _____

per la quale:

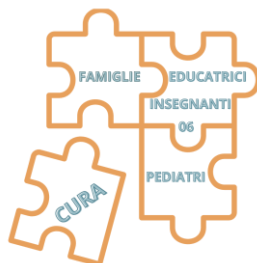
- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso.
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né 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.

Nome del farmaco _____

Forma farmaceutica _____

Principio attivo del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco



Dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco (autosomministrazione o somministrazione da parte di terzi) secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e nel Foglio Illustrativo del farmaco.

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni) _____

Prescrizione ADRENALINA	SI	NO
Prescrizione di farmaco per crisi epilettica prolungata	SI	NO
Monitoraggio glicemico - allegare documentazione esplicativa	SI	NO

Data e Luogo _____

Firma e timbro del Medico
