

## SOMMINISTRAZIONE DI UN FARMACO SALVAVITA

*Se un bambino deve assumere un farmaco salvavita,  
in dose prestabilita è necessario procedere secondo le indicazioni sottoscritte*

*DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE / TUTORE*

SCUOLA \_\_\_\_\_  
Anno scolastico 2019/2020

### **Bambino**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

### **Genitore/Tutore**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Altri eventuali recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Firma del genitore / tutore

\_\_\_\_\_

## SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_  
in qualità di genitori / tutori del bambino/a \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e frequentante la sezione \_\_\_\_\_  
della Scuola dell'Infanzia \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

### AUTORIZZANO

Il personale della struttura scolastica-educativa a somministrare il farmaco salvavita al proprio figlio nella posologia e nel dosaggio indicato dal Medico curante.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico quali insegnanti e collaboratori/trici scolastici, pertanto

### SOLLEVANO

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione in considerazione del fatto che entrambi i genitori sono impossibilitati a realizzarla, indicando comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegata a questo tipo di intervento

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE**

Nota bene: i farmaci verranno somministrati dal personale della scuola, non è presente personale medico. Non è possibile la somministrazione di terapie iniettive (intramuscolo, sottocute). In ogni caso si prega di compilare il modulo nella parte relativa ai sintomi NON accettabili al fine di consentire al personale di gestire al meglio la situazione di emergenza/urgenza e allertare il 118.

**Descrizione del farmaco**

Nome commerciale _____
Modalità di somministrazione _____
Posologia/dose _____
_____
_____
Note eventuali _____
_____
_____

È differibile la somministrazione del farmaco?

Si		No
----	--	----

**Descrizione sintomatologia rilevabile dal personale della scuola**

Descrizione dettagliata dell'eventuale emergenza/urgenza che si può manifestare (descrizione dei sintomi o delle situazioni a cui prestare attenzione):

1. Che richiedono la somministrazione del farmaco:

---

---

---

2. Che si presentino dopo la somministrazione del farmaco:

---

---

---

3. Che impongono di allertare il 118:

---

---

---

Certificato della patologia del bambino (da compilarsi in ogni caso):

---

---

---

## Medico curante

Nome _____
Cognome _____
Indirizzo _____
Località _____
Telefono _____
Altri eventuali recapiti telefonici _____

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico curante \_\_\_\_\_

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003) sono informato che:

- I dati personali ed anche sensibili relativi a mio figlio/a, forniti nel presente modulo, verranno regolarmente trattati per uso strettamente necessario di cui alla presente richiesta nel rispetto delle leggi e regolamenti;
- Il trattamento dei dati avverrà presso \_\_\_\_\_, che è titolare del trattamento, responsabile del trattamento è \_\_\_\_\_;
- Potrà esercitare ogni momento e rivolgendosi al responsabile indicato, i diritti di cui all'art. 7 del codice nei confronti del titolare del trattamento ed in particolare il diritto di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione di dati erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Si autorizza pertanto il trattamento dei dati nel modo suddetto.

Io genitore/tutore del bambino \_\_\_\_\_  
prendo atto delle possibilità fornite dalla Scuola ed autorizzo il personale della struttura scolastica-educativa a somministrare all'occorrenza e nei casi possibili, il farmaco salvavita a mio figlio nella posologia e nel dosaggio indicato dal Medico curante e libero il personale della Scuola dell'Infanzia \_\_\_\_\_  
da ogni possibile conseguenza derivante dalle cure prestate.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_