

Allegato 1
RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO / DIRETTORE AGENZIA FORMATIVA

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i

genitore/i affidatario/i- tutore/i dell'alunno/a

frequentante la classe.....

della scuola.....

nell'anno scolastico.....

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

vista la specifica patologia dell'alunno:.....

.....

Richiede/ono

La somministrazione di farmaci in orario scolastico

L'intervento specifico

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

(Barrare la/e voce/i che interessa/no)

Allega:

- Certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento
specifico necessario Al Dirigente Scolastico

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutor

Allegato 2

RICHIESTA DELEGA

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa Prof.....

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia.....

I sottoscritti (padre).....e (madre).....

in qualità di Genitori/Tutori del minore.....

iscritto per l'anno scolastico presso la scuola/l'istituto/agenzia

.....classe/sezione

chiedono a codesta Direzione:

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)

SI

NO

in fede

(firma padre)

(firma 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

Firma.....

luogo e data

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre)_____

- Genitore (madre)_____

- Altri numeri utili_____

Allegato 3

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

Il minore

Cognome.....

Nome.....

Nato il.....a.....

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 del/i farmaco/i:.....

e/o

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

Modalità di somministrazione.....

Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

Modalità di esecuzione:

.....

Orario di esecuzione dell'intervento/i

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

ALLEGATO 3bis

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 orari 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 inf o uguale a 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