



**PROVINCIA
DI REGGIO EMILIA**



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale
per l'Emilia-Romagna

Ufficio XVI
Ambito Territoriale per la Pro-
vincia di Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

**AZIENDA UNITÀ
SANITARIA LOCALE DI
REGGIOEMILIA**

**PROTOCOLLO D'INTESA INTERISTITUZIONALE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
A MINORI CON PATOLOGIA CRONICA
NEI CONTESTI
EXTRA-FAMILIARI,
EDUCATIVI O SCOLASTICI,**

AREA DI APPLICAZIONE: PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Ai sensi della Delibera n.166/2012 della Regione Emilia Romagna

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA
IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Al Dirigente Medico responsabile della Pediatria di Comunità

Azienda USL di RE

Distretto di

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

genitore/tutore dello studente (Cognome Nome).....

nato a.....il.....

residente a.....in Via.....

che frequenta la classe Sez.

della scuola/struttura.....

sita in ViaCap

Localitàprov.....

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione dei farmaci agli alunni / ospiti, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione e della disponibilità espressa da alcuni operatori per la somministrazione di farmaci in orario scolastico / di presenza in struttura secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica / struttura per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a,

Oppure

che a mio figlio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico / di presenza in struttura il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale)

Oppure

che il farmaco sia autosomministrato come da certificazione medica allegata

Consegno n.....confezioni integre

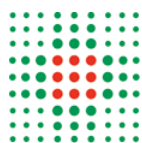
A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03

In fede

Firma dei genitori o esercente potestà genitoriale

.....
Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Servizio di

**CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA
IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Costatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico / di presenza in struttura del minore affetto da patologia cronica:

Cognome e Nome

.....

Data e luogo di

nascita.....

Residente a In

via.....tel.....

A) Nome commerciale del farmaco e principio attivo

.....

Durata della terapia: dal al

1A) Somministrazione quotidiana:

orario e dose da somministrare

mattina.....dose...../ pasto dose...../

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione

.....

2A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

.....

.....

.....

Capacità del minore affetto da patologia cronica ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare scelta):

SI' NO

Modalità di conservazione

.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....

.....

Note di formazione specifica per personale

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali

Note di formazione specifica per personale scolastico

Data

Medico AUSL (timbro e firma)

VALUTAZIONE DA PARTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE DI GESTIONE DELLA SCUOLA MATERNA/NIDO/STRUTTURA SOCIO-EDUCATIVA

Al Dirigente
Servizio Pediatria di Comunità
Distretto di
Azienda USL di Reggio Emilia
Via _____

Il/La sottoscritto/a _____

Preso visione della certificazione dell'AUSL di Reggio Emilia, rilasciata il..... per l'alunno/a nato/a il frequentante:

la SCUOLA _____ CLASSE/SEZIONE _____

la STRUTTURA SOCIO-EDUCATIVA _____

ne valuta :

LA FATTIBILITÀ

LA NON FATTIBILITÀ

Motivazioni: (solo in caso di non fattibilità)

FIRMA del Dirigente Scolastico / di Struttura

(Da inoltrare all'AUSL di Reggio Emilia e all'esercente la potestà genitoriale del minore affetto da patologia cronica)

**REGISTRAZIONE INCONTRO DI FORMAZIONE\INFORMAZIONE
SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE,
EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Da rilasciare a firma del personale AUSL

Data _____ dalle ore _____ alle ore _____

Luogo della formazione\informazione :

Nominativo del minore affetto da patologia cronica a cui deve essere somministrato il farmaco :

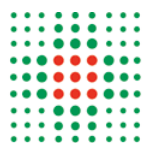
Farmaco oggetto della formazione \informazione

Nominativi e firme del personale resosi disponibile alla somministrazione e presente all'incontro odierno .

Nominativo e mansione \ruolo	Firma

Firma del personale sanitario che ha effettuato la formazione\informazione

- _____
- _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Servizio di

**CERTIFICAZIONE ESTEMPORANEA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
AL BISOGNO A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA
IN CONTESTO EXTRA-FAMILIARE - (NO SCOLASTICO).**

Al Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo
Nome.....
Via.....
Località.....Provincia.....

Si **PRESCRIVE** estemporaneamente la somministrazione dei farmaci al bisogno sotto indicati in orario di presenza in struttura del minore affetto da patologia cronica.

Cognome e Nome
Data e luogo di nascita.....
Residente a In via.....tel.....

Attualmente domiciliato presso :.....
Somministrazione del farmaco oggetto della presente prescrizione: indicare nome commerciale del farmaco (e principio attivo), dose da somministrare, modalità , orario di somministrazione.

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

Tempo di durata del trattamento terapeutico:

Inizio il termine il

Capacità del minore ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:
SI NO

Modalità di conservazione:

.....
.....

Note per eventuali effetti collaterali :

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

Note di informazione specifica per il personale educativo :

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

Data timbro e firma _____
(PLS, MMG, Medico di Continuità Assistenziale, Specialista Ambulatoriale)