

Allegato 1
RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore

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..... 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)

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

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 ≥ 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