

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO DI FUNZIONAMENTO DELL'ASILO NIDO

Al Coordinatore del nido

Nido comunale (denominazione)

Comune di

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)..... ,

Genitore/genitrice del/la bambino/a (oppure)
 Esercente la potestà genitoriale sul/lla bambino/a
 nato/a a..... il / / e residente a
 In Via, che frequenta il Nido

- consapevole del fatto che il personale educativo/scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Dott. /dal Servizio di Pediatria dell'AST n. di /, in data ... / ... /

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal sopra citato Piano terapeutico.

Esprimo il consenso affinché il personale del nido somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Coordinatore del nido, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute del/la bambino/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono	famiglia	pediatra di libera scelta

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,

Luogo _____ Data ___ / ___ / _____ Firma _____

VERBALE DI CONSEGNA AL NIDO DEL FARMACO

Al Nido Comunale.....di

Al/alla genitore/genitrice del/la bambino/a o chi ne esercita la responsabilità genitoriale

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare al bambino/alla bambina _____

(da conservare nel fascicolo personale del bambino/della bambina e da dare in copia ai genitori o a chi esercita la responsabilità genitoriale)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,

(barrare la voce che corrisponde)

- genitore/genitrice del bambino/della bambina _____
 esercente la potestà genitoriale sul bambino/sulla bambina _____

Nato/a _____, il ___/___/___ e residente a _____,
iscritto al Nido comunale

CONSEGNA

al/alla Sig./Sig.ra _____, in qualità di educatore/educatrice del Nido un flacone /confezione nuovo ed integro del/i farmaco/i:

- 1) _____
2) _____

da somministrare al bambino/alla bambina _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata presso il nido, rilasciata in data ___/___/___ dal (barrare la voce corrispondente):

- Servizio di pediatria della AST n. _____ di _____
 medico pediatra di libera scelta dott. _____
 medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico

■ nel seguente luogo: _____

■ con le seguenti modalità: _____

Il genitore/la genitrice/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno educativo e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno successivo, se necessario.

Si impegna inoltre a rifornire il nido di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ___/___/___

Firma dell'educatore/educatrice ricevente

Firma del genitore/della genitrice/dell'esercente la responsabilità genitoriale

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....
- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della AST
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....