

SOMMINISTRAZIONE DI UN FARMACO SALVAVITA
*Se un bambino deve assumere un farmaco salvavita,
in dose prestabilita è necessario procedere secondo le indicazioni sottodescritte:*

DA COMPILARE A CURA DEL GENITORE / TUTORE

SCUOLA

.....

Bambino

Nome	.....
Cognome	.....
Data di nascita	.....

Genitore / tutore

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

Firma del genitore / tutore

.....

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

N.B. I farmaci verranno somministrati dal personale della scuola, non è presente personale medico.

NON E' 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:

Certificazione della patologia del bambino (da compilarsi in ogni caso)

Medico curante

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

Timbro e firma del Medico curante

.....

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

- a) I dati personali ed anche sensibili relativi a mio figlio/a, forniti nel presente modulo, verranno trattati per l'uso strettamente necessario di cui alla presente richiesta nel rispetto di leggi e regolamenti;
- b) Il trattamento dei dati avverrà presso, che è titolare del trattamento, responsabile del trattamento è la
- c) Potrà esercitare in 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 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 da ogni possibile conseguenza derivante dalle cure prestate.

Data

.....

Firma del genitore / tutore

.....