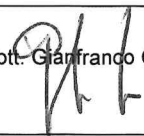
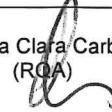



**Sommario**

1. SCOPO .....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	2
3. RESPONSABILITA' .....	2
4. Modalità Operative DIREZIONI SCOLASTICHE/FAMILIARI ALUNNI .....	3
5. Modalità Operative CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) .....	4
6. Modalità Operative PUA/INFERMIERI DI FAMIGLIA E DI COMUNITA' .....	5
7. Richiesta di FORMAZIONE in ambito scolastico .....	6
8. MONITORAGGIO PERCORSO ed ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI .....	6
9. ALLEGATI .....	7

Data	Descrizione	Redatto	Verificato	Approvato
01/09/2023	Prima emissione	Dott. Gianfranco Galli per GdL 	Dott.ssa Clara Carbone (ROA) 	Dott.ssa Barbara Mangiacavalli (DBSA) 



## 1. SCOPO

Il presente percorso ha l'obiettivo di fornire un supporto infermieristico per rendere maggiormente sicura la frequenza a scuola del bambino diabetico, a partire dai Nidi di Infanzia fino alla Scuola Primaria.

In caso di concomitanza di altre gravi problematiche di salute che impediscano al bambino di effettuare l'auto-somministrazione della terapia, il servizio è esteso alla Scuola Secondaria di Primo e Secondo grado.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente istruzione operativa è applicata, da parte degli Infermieri di Famiglia e Comunità di ASST Nord Milano, all'interno dei comprensori scolastici di ogni ordine e grado che insistono nei Distretti Territoriali di ASST Nord Milano:

- Nido d'Infanzia
- Scuola dell'Infanzia
- Scuole Primarie
- Scuole Secondarie di Primo grado
- Scuole Secondarie di Secondo grado

La residenza e/o domicilio abitativo dell'alunno non è vincolante nel campo di applicazione. Resta vincolante il solo Comune di appartenenza del comprensorio scolastico.

## 3. RESPONSABILITA'

Le principali responsabilità sono riportate nella tabella che segue

ATTIVITA'	Direzioni Scolastiche e/o Genitori	COT	PUA/Infermiere	Coordinatore IFeC
Trasmissione documenti di attivazione/rinnovo via PEC	R			
Ricezione Documenti e organizzazione primo contatto familiari		R		
Trasmissione documenti ai PUA		R		
Organizzazione equipe infermiere CdC				R
Organizzazione e secondo contatto familiari			R	C
Erogazione prestazione e compilazione documentazione e SGDT			R	C
Monitoraggio/Archiviazione documenti		R	C	C

Legenda: R= Responsabile; C= Collabora

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>  <b>SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA A SCUOLA</b>	Rev. 0	Pag. 3 di 8
		ASSTNM-IO-670	

#### 4. Modalità' Operative DIREZIONI SCOLASTICHE/FAMILIARI ALUNNI

Le Direzioni Scolastiche e/o i Familiari degli alunni in caso di prima attivazione e/o rinnovo del Percorso "somministrazione insulina a scuola" trasmetteranno all' indirizzo PEC sotto riportato **entro 10 giorni lavorativi dal possibile ingresso /ritorno a scuola** del bambino i seguenti documenti debitamente compilati :

[protocollo@pec.asst-nordmilano.it](mailto:protocollo@pec.asst-nordmilano.it)

L' oggetto della mail PEC deve contenere la seguente dicitura:

**"Richiesta di somministrazione farmaci a scuola"**

##### 4.1 PRIMA Attivazione Percorso

La prima richiesta di attivazione, coincide normalmente con la diagnosi di diabete mellito e la dimissione da Reparto Ospedaliero. In tal caso, è necessario che venga trasmesso il seguente documento allegato alla presente:

- 1) Modulo n. 1: **"Richiesta di attivazione della somministrazione di insulina a scuola"**

La posta PEC sarà abilitata in lettura e ricezione documenti alla Centrale Operativa Territoriale (COT) di ASST Nord Milano.

La COT, ricevuto il documento ( mod. 1) **entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione** contatta i familiari (genitori) per il completamento dei documenti ed iniziale colloquio informativo.

I genitori, si presenteranno al colloquio muniti di:

- 2) Lettera di dimissione ospedaliera con relativa diagnosi
- 3) Piano Terapeutico (spec. Diabetologo))
- 4) Impegnativa PLS recante la seguente dicitura " *si richiede attivazione per somministrazione di insulina in ambito scolastico*"
- 5) Certificazione di prescrizione di Glucagone (effettuata da PLS o diabetologo)
- 6) Richiesta somministrazione Farmaci a Scuola differenziata a seconda dell' ordine e grado come sotto riportato:

- **Solo per NIDI D' INFANZIA:**

**Modulo n. 2A** " *Richiesta somministrazione farmaci a Scuola- Nidi D' Infanzia*"

- **Solo per SCUOLA PER L' INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA DI PRIMO GRADO:**

**Modulo n. 2B** : "*Richiesta somministrazione farmaci a Scuola-Scuola per l' Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo grado*"

- **Solo per SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO**

**Modulo n. 2C** "*Richiesta somministrazione farmaci a Scuola- Scuola Secondaria di secondo grado*"

**Attenzione:** Il Modulo n. 1 e 2 ( A,B,C) dovranno essere consegnati anche alla Segreteria della Scuola a cura del Genitore.

	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>  <b>SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA A SCUOLA</b>	Rev. 0	Pag. 4 di 8
		ASSTNM-IO-670	

#### **4.2 RINNOVO Percorso**

La richiesta di rinnovo, coincide normalmente con il rientro a scuola dell' alunno a fronte dell' inizio del nuovo anno scolastico. In tal caso, è necessario che vengano trasmessi i seguenti documenti allegati alla presente:

- 1) Modulo n. 1: **“Richiesta di attivazione della somministrazione di insulina a scuola”**
- 2) Impegnativa PLS recante la seguente dicitura *“ si richiede attivazione per somministrazione di insulina in ambito scolastico”*
- 3) Ultima visita diabetologia con aggiornamento piano terapeutico
- 4) Nuova prescrizione (impegnativa) di Glucagone se è stata prevista una variazione

#### **4.3 ASSENZA ALUNNO**

E' importante ricordare che, in caso di assenza dell' alunno da Scuola, il genitore dovrà darne comunicazione tempestiva entro le ore 10.00 del giorno stesso al seguente numero telefonico:

**02.5799.8402 oppure 02.5799.9011**

Oppure tramite indirizzo mail [cot@asst-nordmilano.it](mailto:cot@asst-nordmilano.it)

#### **5. Modalità Operative CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)**

- La COT, riceve la documentazione prevista tramite protocollo PEC per la prima attivazione e/o rinnovo del percorso entro 10 giorni antecedenti il rientro a scuola dell' alunno.
- Entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione dei documenti, procede ad organizzare un colloquio informativo con i genitori del bambino.
- Durante il colloquio, verifica la completezza della documentazione necessari all' attivazione e/o rinnovo
- Al termine del colloquio e verificata la documentazione, **trasmette ai PUA territorialmente competenti a seconda dell' ambito di Comune del Comprensorio Scolastico** la seguente documentazione:
  - Modulo n. 1: **“Richiesta di attivazione della somministrazione di insulina a scuola**
  - Modulo n. 2 A, B,C **“Richiesta di somministrazione farmaci a scuola....”**
  - **Piano Terapeutico**
- La COT, riceve telefonicamente e/o via mail la comunicazione di eventuale assenza dell' alunno da Scuola e lo comunica tempestivamente al PUA e Coordinatore Infermieristico della casa della Comunità di riferimento.

I documenti vengono trasmessi in c/c via mail anche a:

- Coordinatore Infermieristico ( o suo sostituto) della Casa della Comunità
- Direttore di Distretto Parco Nord o Parco della Media valle del Lambro.



Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>  <b>SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA A SCUOLA</b>	Rev. 0	Pag. 5 di 8
		ASSTNM-IO-670	

## **6. Modalità Operative PUA/INFERMIERI DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'**

- Il PUA riceve la documentazione e procede ad attivare di concerto con il coordinatore infermieristico della CdC, l' IFeC che, alla data di attivazione, dovrà recarsi presso la scuola nei giorni e orari indicati per la somministrazione dell' insulina.
- Circa una settimana prima dell' inizio della Scuola e della conseguente attivazione del servizio, l' IFeC contatta la famiglia per colloquio telefonico. In tal occasione, verrà spiegato che, tutto il materiale sanitario utile alla somministrazione dovrà prevedere la conservazione in apposito contenitore recante Nome e Cognome del bambino. Il materiale, verrà lasciato presso la Scuola del minore seguendo le indicazioni del Dirigente Scolastico
- Il giorno della prima somministrazione, l' IFeC si recherà a Scuola nell' orario prestabilito presso la segreteria scolastica per firmare il modulo di autorizzazione all' ingresso a Scuola.
- Il PUA e il Coordinatore Infermieristico ricevono comunicazione dalla COT di eventuale assenza dell' alunno a Scuola.
- L' IFeC verrà successivamente accompagnato dal personale scolastico presso l' ambiente dedicato (locale e/o Infermeria) per la somministrazione del farmaco.
- All' ingresso e al l' uscita dal comprensorio scolastico, l' IFeC dovrà compilare il Modulo n. 3 **"Foglio firme accessi Infermiere"** che verrà conservato per tutta la durata del percorso nel locale dedicato presso la Scuola. Tale modulo, ha durata mensile.
- Al termine di ogni mese entro e non oltre il giorno 3 del mese successivo , il modulo dopo essere stato firmato e timbrato dalla Direzione Scolastica verrà trasmesso dal PUA alla COT che procederà con la rendicontazione complessiva mensile.


### **6.1 AUTO-SOMMINISTRAZIONE dell' Insulina**

L' auto-somministrazione del farmaco è prevista laddove l' alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Considerata la progressiva maggiore autonomia degli studenti con il crescere dell' età, è necessario garantire, laddove possibile e su richiesta del Medico Curante, l' auto-somministrazione del farmaco.

Tale modalità, dovrà essere esplicitamente autorizzata da parte del genitore nella richiesta di attivazione del percorso al Dirigente Scolastico.

### **6.2 INSERIMENTO PERCORSO SISTEMA DIGITALE TERRITORIALE (SGDT)**

Tutte le prestazioni erogate andranno inserite a cura dell' IFeC nel sistema Digitale Territoriale (SGDT) seguendo il percorso denominato " Presa in Carico Cronicità" (vedi Manuale ad Uso Interno ASST Nord Milano n. 2) declinando il percorso nell'apposita agenda denominata **" Somministrazione Insulina a Scuola"**.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>  <b>SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA A SCUOLA</b>	Rev. 0	Pag. 6 di 8
			ASSTNM-IO-670

## 7. Richiesta di FORMAZIONE in ambito scolastico

L'eventuale attività formativa rivolta ai Docenti, e ad altri soggetti eventualmente partecipanti (Genitori) non conferisce competenze di tipo sanitario e relative responsabilità ed in tal senso, non è sostitutiva di titoli riconosciuti per legge. La formazione/informazione, in situazioni che presentano difficoltà di inserimento e gestione dei casi mediante supporto ai docenti e genitori è garantita dalla ASST.

Tale richiesta, può essere inoltrata all'indirizzo via posta PEC riportato nella presente istruzione operativa declinando nell'oggetto la seguente dicitura:

**“Richiesta di Formazione in ambito scolastico - somministrazione di farmaci”**


## 8. MONITORAGGIO PERCORSO ed ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI

La COT, riceve mensilmente dai PUA il Mod. 3 “Foglio firme accessi Infermiere” e procede ad aggiornare il dataset di Monitoraggio. Tale dataset prevede le seguenti voci obbligatorie:

- Cronologia, numero progressivo
- Distretto ASST Nord Milano
- Cognome e Nome alunno
- Data di nascita alunno
- Codice Fiscale alunno
- Nominativo genitore (madre e padre)
- Recapito telefonico genitore (madre e padre)
- Data sottoscrizione domanda (modulo 1)
- Data di attivazione somministrazione insulina a scuola
- Ordine e grado della Scuola
- Nominativo Scuola
- Comune Scuola
- Nome scuola CAMBI (in caso di variazione scuola)
- Numero prestazioni effettuate per ogni mese dell'anno

La COT, procede ad archiviare in formato elettronico (dataset) e cartaceo per ogni singolo alunno i documenti secondo la seguente codifica esemplificativa:

- *MARIO.ROSSI Mod. n. 1: “Richiesta di attivazione della somministrazione di insulina a scuola”*
- *MARIO.ROSSI “Lettera di dimissione”— DATA*
- *MARIO.ROSSI “Piano Terapeutico”— DATA*
- *MARIO.ROSSI “Impegnativa attivazione”*

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA</b>  <b>SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA A SCUOLA</b>	Rev. 0	Pag. 7 di 8
		ASSTNM-IO-670	

- MARIO.ROSSI *“Impegnativa Glucagone “*
- MARIO.ROSSI Mod. n. 2 *“Richiesta di somministrazione farmaci a scuola”*
- MARIO.ROSSI Mod n. 3 *“foglio firme accessi infermiere”*

-I Faldoni in copia cartacea andranno conservati in ordine alfabetico presso idoneo armadio chiuso a chiave presso la COT Bassini.

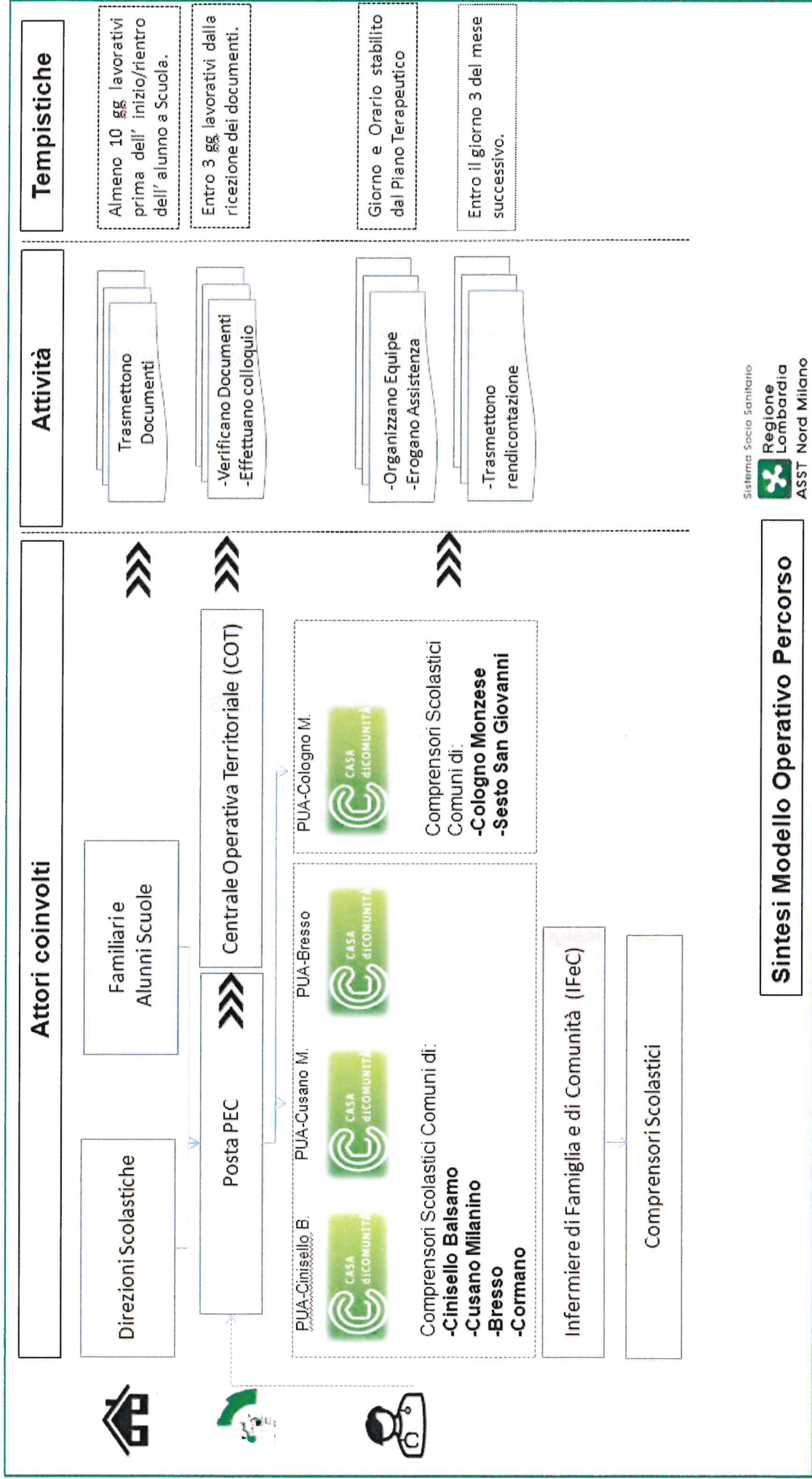
-Il *dataset* elettronico di monitoraggio mensile andrà trasmesso alla DAPSS Area Territoriale che procederà alla trasmissione dei dati ai Direttori e Uffici competenti di ASST NORD MILANO entro il giorno 3 del mese successivo.

## 9. ALLEGATI

- Allegato 1: Modulo n. 1: **“Richiesta di attivazione della somministrazione di insulina a scuola”**
- Allegato 2: Modulo n. 2A *“ Richiesta somministrazione farmaci a Scuola- **Nidi D’ Infanzia**”*
- Allegato 3: Modulo n. 2B : *“Richiesta somministrazione farmaci a Scuola- **Scuola per l’ Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo grado**”*
- Allegato 4: Modulo n. 2C *“Richiesta somministrazione farmaci a Scuola- **Scuola Secondaria di Secondo grado**”*
- Allegato 5: Modulo n. 3 **“Foglio firme accessi Infermiere”**

**Gruppo di lavoro: Galli, Gola, Malgotti**





**Sintesi Modello Operativo Percorso**



**Alla ASST Nord Milano**

c/o Centrale Operativa Territoriale

E-mail: [protocollo@pec.asst-nordmilano.it](mailto:protocollo@pec.asst-nordmilano.it)**DATI GENITORI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del Genitore \_\_\_\_\_

 Padre  Madre

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del Genitore \_\_\_\_\_

 Padre  Madre**DATI ALUNNO**


Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**DATI SCUOLA**

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano	<b>MODULO n. 1</b>  <b>Richiesta di attivazione della          somministrazione di insulina/controllo          glicemico a scuola</b>	Rev. 0	Pag. 2 di 3
		ASSTNM-IO-670 ALL.1	

Nome della Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune:

Cormano  Bresso  Cusano Milanino  Cinisello Balsamo  Sesto San Giovanni  Cologno Monzese

Recapito telefonico Segreteria scolastica \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail Segreteria Scolastica \_\_\_\_\_

Nominativo del Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI ATTIVARE LA SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA/CONTROLLO GLICEMICO A SCUOLA**

**A PARTIRE DAL GIORNO      /      /      \_\_\_\_\_**

**Prestazione richiesta:**

- Controllo glicemico a scuola  Somministrazione insulina a scuola  Entrambe le prestazioni

**Giorni/Orari del CONTROLLO GLICEMICO**

LUNEDÌ	
MARTEDÌ	
MERCOLEDÌ	
GIOVEDÌ	
VENERDÌ	
SABATO	

**Giorni/Orari di SOMMINISTRAZIONE di INSULINA**

LUNEDÌ	
MARTEDÌ	
MERCOLEDÌ	



GIOVEDÌ	
VENERDÌ	
SABATO	

**Tipologia di glucometro:**

- Glucometro standard con pungidito       Glucometro con sensore

**Dispositivo di somministrazione di insulina:**

- Penna pre-riempita       Microinfusore

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del genitore

---

Firma del genitore

---





**Al Responsabile del Nido d'Infanzia**

Denominato \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore del bambino \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Frequentante il Nido d'Infanzia \_\_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FARMACO**.....

- sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale del servizio educativo**
- allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano</p>	<b>MODULO n. 2 A</b> <b>RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A</b> <b>SCUOLA (Nidi d'Infanzia)</b>	Rev. 0	Pag. 2 di 2
		ASSTNM-IO-670 ALL. 2	

Medico Prescrittore: Dr \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Madre tel \_\_\_\_\_ Padre tel \_\_\_\_\_

**NOTE:**

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata

La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa

In caso di cambio istituto deve essere ripresentata

I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico

Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà



Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Nord Milano	<b>MODULO n. 2 B</b> <b>RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A</b> <b>SCUOLA (Scuola per l'infanzia, Scuola Primaria,</b> <b>Scuola Secondaria di 1° Grado)</b>	Rev. 0	Pag. 1 di 2
		ASSTNM-IO-670 ALL. 3	

**Al Dirigente Scolastico della**

- Scuola per l'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola Secondaria di 1° Grado

Denominato \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FARMACO**.....


- sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**
- allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

- mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**
- allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola**

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano</p>	<b>MODULO n. 2 B</b> <b>RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (Scuola per l'infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di 1° Grado)</b>	Rev. 0	Pag. 2 di 2
		ASSTNM-IO-670 ALL. 3	

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore: Dr \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Madre tel \_\_\_\_\_ Padre tel \_\_\_\_\_

**NOTE:**

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata

La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa

In caso di cambio istituto deve essere ripresentata

I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico

Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

**Al Dirigente Scolastico della Scuola Secondaria di II° Grado**

Denominato \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FARMACO**.....

- mi sia/siano somministrato/i dal personale della scuola**
- allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

- io mi auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**
- allego la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano</p>	<b>MODULO n. 2 C</b> <b>RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (Scuola Secondaria di II° Grado)</b>	Rev. 0	Pag. 2 di 2
		ASSTNM-IO-670 ALL. 4	

Medico Prescrittore: Dr \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Nel caso in cui lo studente non abbia ancora raggiunto la maggiore età, si rende necessaria anche la firma dei genitori:

Madre tel \_\_\_\_\_ Padre tel \_\_\_\_\_

**NOTE:**

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata

La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa

In caso di cambio istituto deve essere ripresentata

I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico

Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

FOGLIO FIRME ACCESSI INFERMIERE  
SCUOLAASSTNM-IO-670  
ALL. 5

Scuola							
Indirizzo							
Comune		<input type="checkbox"/> Cormano <input type="checkbox"/> Bresso <input type="checkbox"/> Cusano Milanino <input type="checkbox"/> Cinisello Balsamo <input type="checkbox"/> Sesto San Giovanni <input type="checkbox"/> Cologno Monzese					
Anno							
Mese							
Nome e Cognome							
Giorno di Accesso	Ora Ingresso	Ora Uscita	Valore rilevazione Glicemia	FIRMA IFeC	NOTE		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
Giorno di Accesso	Ora Ingresso	Ora Uscita	Valore rilevazione Glicemia	FIRMA IFeC	NOTE		
20							

