

**RICHIESTA DEI GENITORI
(o chi esercita la potestà genitoriale)**

Data _____

Alla Cooperativa
Alce Nero società cooperativa sociale onlus

I sottoscritti _____ e _____

Genitori del minore _____

Frequentante il servizio _____

Residente a _____ Prov. _____ In via _____

Recapito telefonico _____

Richiedono la somministrazione di farmaci presso il servizio _____ secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr. _____ presentati in allegato alla presente richiesta.

Dichiarano:

- di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- di autorizzare il personale del servizio a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- di impegnarsi a fornire al servizio il farmaco/ i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare presso il servizio e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ...) nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Cooperativa eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso
- di autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione (minore che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome e cognome _____ tel _____

nome e cognome _____ tel _____

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Firma

Firma

ALLEGATO: CERTIFICAZIONE A CURA DEL MEDICO

CERTIFICAZIONE A CURA DEL MEDICO

Si certifica che il minore _____

Nato/a a _____ il _____ residente in via

_____ Comune _____ Prov. _____

Frequentante il servizio _____

E' affetto/a dalla seguente patologia

Per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco in orario con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco _____

Forma farmaceutica _____

Dosaggio _____

Principio attivo del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

Dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi)

Modalità di conservazione del farmaco (secondo quanto disposto nel Riassunto delle caratteristiche del Prodotto RCP e nel foglio illustrativo del farmaco FI)

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni)

Prescrizione ADRENALINA SI NO

Si rilascia su richiesta degli interessati, per gli usi consentiti dalla legge

Data

Firma e timbro del Medico
