

INFORMATIVA E MODULI PER RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A MINORENNE
In presenza di gravi patologie, che comportino la necessità per il minorenni di assumere farmaci nell'orario di permanenza presso il servizio, i genitori possono richiedere la disponibilità del servizio a collaborare nella somministrazione, sulla base di specifiche indicazioni terapeutiche. Coerentemente con le Raccomandazioni emanate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e dal Ministero della Salute e in linea con il protocollo proposto dalla Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova, a fronte di tale richiesta, la Cooperativa:

- valuterà la possibilità di conservare presso i locali del servizio i farmaci necessari, forniti dai richiedenti che ne garantiscono l'integrità e validità in termini di scadenza e concedere ai richiedenti l'utilizzo di spazi all'interno dei locali del servizio per effettuare la somministrazione in caso di necessità e
- verificherà la presenza di personale, tra quello impiegato nel servizio, eventualmente disponibile ad occuparsi della somministrazione in luogo dei richiedenti, qualora l'operazione non richieda il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica (si ricorda che la somministrazione di farmaci non rientra tra i compiti del personale ed è nell'autonoma scelta dello stesso rendersi o meno disponibile ad effettuarla),

dando al richiedente formale risposta, con specifica in merito a quanto sarà possibile attivare e motivando l'eventuale diniego.

In ogni caso e in applicazione delle esplicite prescrizioni delle Raccomandazioni sopra citate, in situazioni di emergenza o nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza di eventuali provvedimenti programmati, il personale ricorrerà al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso.

RICHIESTA DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI, O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E DA CONSEGNARE CON ALLEGATA CERTIFICAZIONE MEDICA DELLA PATOLOGIA E PRESCRIZIONE DEL MEDICO IN MERITO AI FARMACI DA SOMMINISTRARE

I sottoscritti

genitori (o esercenti la potestà genitoriale) di _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante il servizio _____ sezione (se pertinente) _____

sito a _____ in via _____,

essendo il figlio/la figlia affetto/a dalla seguente patologia (come da allegata certificazione medica):

e, constatata l'assoluta necessità, a causa di presenza di (indicare l'opzione pertinente):

crisi convulsive - allergia grave - diabete giovanile - asma/accesso asmatico

CHIEDONO (scegliere una o entrambe le opzioni)

di poter conservare presso i locali del servizio i farmaci necessari, come da allegata documentazione medica completa di precise indicazioni in merito alle modalità di conservazione e

Cooperativa Sociale Terr.A. • via Orus, 4 • 35129 Padova

tel +39 049 8725010 • fax +39 049 2104094 • email: amministrazione@coopterra.it • web: www.coopterra.it
C.F. e P.IVA 01046780282 • CCIAA 173814 • Albo Società Cooperative A101547

di avere accesso, eventualmente tramite propri delegati, ai locali del servizio per effettuare la somministrazione in caso di necessità;

la disponibilità di personale che possa occuparsi della somministrazione come da allegata prescrizione medica completa di precise indicazioni in merito a farmaci da assumere, posologia, modalità e tempi di somministrazione tali da non richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto e modalità di conservazione, rilasciata in data _____ dal PLS/MMG/Medico Specialista dott. _____, C.F./ _____,

AUTORIZZANO

il personale del servizio, nel caso si rendesse a ciò disponibile, ad effettuare la somministrazione in base alle indicazioni contenute nella stessa prescrizione medica, esonerando lo stesso personale e la Cooperativa Sociale Terr.A. da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione;

SI IMPEGNANO,

- in mancanza di personale del servizio disponibile alla somministrazione, a recarsi presso il servizio, su chiamata, per effettuare la somministrazione necessaria o a segnalare altri adulti appositamente delegati e disponibili ad effettuare la somministrazione stessa;
- comunque, a dare in consegna al servizio i farmaci necessari, garantendone l'integrità e la validità in termini di scadenza e a fornirne sostituzione o integrazione in caso di deperimento o consumo,

ALLEGANO

- certificato medico attestante le condizioni di salute dell/la figlio/a, sopra citate, che rendono necessaria la somministrazione di farmaci in orario di servizio;
- prescrizione dei farmaci indispensabili, con le relative indicazioni in merito a posologia, modalità e tempi di somministrazione e modalità di conservazione;

SEGNALANO

I seguenti recapiti in caso di necessità (indicare chi siano i riferimenti riportati)

rif. 1) _____ - tel 1 _____ tel 2 _____

rif. 2) _____ - tel 1 _____ tel 2 _____

rif. 3) _____ - tel 1 _____ tel 2 _____

PLS/MMG/Medico Specialista - cell. _____ ambulatorio _____

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nella presente richiesta e nella documentazione allegata, ai sensi del D.lgs 196/2003 per tutte le pratiche necessarie a dare corso alla richiesta stessa

Padova, _____

Firme dei genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale)

Cooperativa Sociale Terr.A. • via Orus, 4 • 35129 Padova

tel +39 049 8725010 • fax +39 049 2104094 • email: amministrazione@coopterra.it • web: www.coopterra.it
C.F. e P.IVA 01046780282 • CCIAA 173814 • Albo Società Cooperative A101547

**PRESCRIZIONE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)/ MEDICO DI MEDICINA
GENERALE (MMG)/ MEDICO SPECIALISTA IN MERITO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI A MINORENNE IN ORARIO DI SERVIZIO**

Il sottoscritto

nome _____ cognome _____,

C.F. _____, certifica che il minorenn

nome _____ cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante il servizio _____,

essendo affetto da _____,

necessita della somministrazione, in orario di frequenza del servizio citato, della terapia farmacologica più sotto indicata, nel caso in cui si verifichi la seguente condizione o si presenti la seguente sintomatologia (darne una descrizione precisa e chiara, che non richieda l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto): _____

nome commerciale del farmaco _____

modalità di somministrazione _____

dosaggio prescritto _____

modalità di conservazione del farmaco _____

note _____;

certifica altresì che la somministrazione dei farmaci prescritti non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Data _____

Firma del PLS/MMG/Medico Specialista
