RICHIESTA DI FORMAZIONE DEL PERSONALE SCOLASTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

E/O PER LA GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI

Si richiede la formazione del seguente personale docente e non docente :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

presso la scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per addestramento alla somministrazione dei farmaci/gestione dei dispositivi medici (indicare il/i farmaco/i e nome e cognome dell’alunno/i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FARMACI | ALUNNO | DISPOSITIVI MEDICI | ALUNNO |
| Glucagone |  | PEG |  |
| Insulina |  | Catetere vescicale |  |
| Adrenalina |  | Aspiratore |  |
| Anti epilettici |  |  |  |
| Terapia inalatoria |  |  |  |
| Altro |  |  |  |

Per ciascun alunno vanno allegati alla richiesta:

* documentazione clinica
* piano terapeutico in corso di validità (la validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa)

il Dirigente Scolasico

Firma

Data

* La presente richiesta va inviata dal Dirigente Scolastico all’indirizzo: farmaci.scuola@asst-melegnano-martesana.it
* **la formazione verrà organizzata in collaborazione con gli Infermieri di Famiglia e Comunità della Casa di Comunità a cui la scuola afferisce.**