Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____

Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: ☐ genitori o ☐ soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

Precisano che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

Sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

Autorizzano

□ il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco

□ l'alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico

Acconsentono al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, _____

_____ _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____

Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1°FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

_____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

_____

_____

Eventuali note: _____

2°FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

_____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

_____

_____

Eventuali note: _____

Data, _____ Timbro e firma A.S.L. Di competenza _____
Timbro e Firma del medico

Allegato 3- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

VERBALE DI INFORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA

Data, _____

Persone Presenti:

Figura	Cognome e Nome	Firma
Dirigente Scolastico		
Medico		
Personale Sanitario		
Personale Scolastico incaricato della somministrazione		

Relativamente all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

non sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

Argomenti tratti - considerazioni:

Verifica completezza della documentazione autorizzativi (richiesta genitore + autorizzazione medico).

Nominativi degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza.

Verifica delle modalità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore.

Istruzioni d'uso del produttore del farmaco.

Descrizione dei sintomi del disturbo dell'alunno/studente (eventualmente data dal personale medico)

Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico).

Effetti dei farmaci somministrati.

Altro:

_____

_____

Allegato 4- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO

Relativo all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

INDIVIDUA

il gruppo di operatori scolastici incaricati in caso di emergenza della somministrazione dei farmaci, costituito dalle seguenti persone:

Sig. _____Firma .....
Sig. _____Firma .....
Sig. _____Firma .....
Sig. _____Firma .....
Sig. _____Firma .....

La formazione degli operatori sopra elencati è avvenuta tramite:

La messa a disposizione delle istruzioni d'uso del produttore del farmaco.
La messa a disposizione delle istruzioni del medico (allegato 2).
Incontro informativo, sulle modalità organizzative, con il dirigente scolastico (data_____).
Incontro informativo/formativo avuto con il medico prescrivente sulle modalità attuative (data_____).
Incontro informativo/formativo con altro personale sanitario competente sulle modalità attuative (data___).
Incontro con i genitori per informazioni in data _____).

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

Conservazione in frigorifero a temperatura _____
Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.
Conservazione fuori dalla portata dei bambini.

Si raccomanda di :
-portare il farmaco in caso di uscite dalla scuola;
-adottare tutte le forme di prevenzione possibili per non esporre l'alunno ad alimenti che potrebbero causare reazione allergica;
-chiamare il servizio 118 di pronto intervento in caso di necessità
-avvisare immediatamente la famiglia tramite i numeri telefonici da loro forniti;
-informare tempestivamente eventuali supplenti che si avvicendano nella classe
-tutelare la privacy;
-altro: _____

Data, _____

_____
Il Dirigente Scolastico