



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO "P.SENTATI" DI CASTELLEONE

Viale Santuario,11 - 26012 Castelleone (CR) - tel. 0374 58147

C.F. 92006670191 - C.M. CRIC804002 - CODICE UNIVOCO: UFZPP9

Email CRIC804002@ISTRUZIONE.IT . - PEC: CRIC804002@PEC.ISTRUZIONE.IT

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

La presenza nel nostro Istituto di alunni con gravi patologie e allergie ha posto il problema di un efficace processo organizzativo finalizzato alla gestione di possibili e prevedibili situazioni di emergenza. Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, e l'autorizzazione medica che i genitori potranno richiedere dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i medici dovranno dichiarare:

- Stato di malattia dell'alunno;
- Prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare che trattasi di farmaco salvavita;
- La somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- La non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, 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.

(La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso).

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- Nome e cognome dello studente;
- Nome commerciale del farmaco;
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- Dose da somministrare;
- Modalità di somministrazione del farmaco;
- I possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli;
- Modalità di conservazione del farmaco;
- Durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di somministrazione, le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola.

Allegato 1:

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

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: _____

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatria 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: **CRIC804002 - CIRCOLARI - 0000017 - 29/09/2021 - DS - U**

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

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

Timbro e Firma del medico

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONI 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

L'autorizzazione all'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile da parte del figlio/a.

Si acconsente 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: _____

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatria di libera scelta o Medico di Medicina generale)
**ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE 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

L'autosomministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte dell'alunno, 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: _____

CRIC804002 - CIRCOLARI - 0000017 - 29/09/2021 - DS - U

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

Data _____

Timbro e Firma del medico

LA CERTIFICAZIONE MEDICA PRESENTATA DAI GENITORI, HA VALIDITA' PER L'ANNO SCOLASTICO IN CORSO
E VA RINNOVATA AD INIZIO DI OGNI ANNO SCOLASTICO.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Luigia Vita

(Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)