

ALLEGATO A)

RICHIEDITA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti genitori/tutori di
..... nato a il
residente a in via n.
frequentante la classe sez. plesso della Scuola
sita a Via n. essendo il minore
affetto da e constatata l'assoluta necessità, con la presente

- ☐ Consapevole/i del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
☐ in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL /dal Dott., in data/...../...;

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia (segnare una sola casella)

- ☐ di poter accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a
☐ che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico (oppure)
☐ che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprime il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico in attesa dell'intervento degli operatori del 118 e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono:	Famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e all'art. 13 GDPR 679/16.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

Numeri di telefono utili:
Genitori
cell/abitazione.....
-
Pediatra di libera scelta/medico curante
cell/studio.....
Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento
tel.....

ALLEGATO B)

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a

in data .../.../..... residente in

Codice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fiscale

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
 - ☐ salvavita
(Oppure)
 - ☐ indispensabile;
- Considerato che 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;

SI ATTESTA

che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico resosi disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Si rilascia al genitore dell'alunno/a su sua richiesta.

Luogo Data .../.../.....

In fede
Timbro e Firma del Medico

.....|

PIANO TERAPEUTICO

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile
Principio attivo del farmaco

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- ☐ Orario e dose da somministrare
- ☐ Mattina (h.) dose da somministrare
 - ☐ Pasto (prima, dopo) dose
 - ☐ Pomeriggio (h.) dose
- ☐ Modalità di somministrazione del farmaco
- ☐ Modalità di conservazione del farmaco
- ☐ Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:

- ☐ Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....
- ☐ Dose da somministrare
- ☐ Modalità di somministrazione del farmaco
- ☐ Modalità di conservazione del farmaco
- ☐ Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Principio attivo del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- ☐ Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- ☐ Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- ☐ Sì
☐ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- ☐ Sì
☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

.....

In fede

Luogo

Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

ALLEGATO D)

**AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA E/O
INDISPENSABILE**

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Alla Squadra di Primo Soccorso
Al Personale Docente

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaci salvavita e/o indispensabile

all'alunno/a frequentante la classe plesso
..... scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i

Sig.
per il/la figlio/a relativa
alla somministrazione del farmaco, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente
piano di intervento:

- ☐ Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del
medicinale da somministrare all'alunno/a nella dose
di come da prescrizione medica già consegnata in
segreteria e allegata in copia alla presente.
- ☐ Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale
sarà terminato o scaduto*
- ☐ Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che
effettuerà la somministrazione**
.....
- ☐ Il medicinale sarà somministrato all'alunno/a, dopo aver verificato nome, scadenza, dose e orario di
somministrazione del farmaco con quanto riportato nella certificazione medica allegata,
da***

Se trattasi di farmaco salvavita, il personale incaricato si atterrà al PIANO DI AZIONE (ALL. G)

Luogo Data

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il personale incaricato

(firma)

- ❖ Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto **
- ❖ Indicare il luogo della custodia. ***
- ❖ Indicare il nominativo del personale incaricato

ALLEGATO E)

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a _____

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,

(barrare la voce che corrisponde)

- ☐ genitore dell'alunno/a _____ (oppure)
- ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a _____

nato a _____, il ____/____/____ e residente a _____, iscritto alla classe _____, sez. _____, dell'Istituto _____, consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. _____ n. _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1. _____
2. _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal: (barrare la voce corrispondente):

- ☐ Servizio di pediatria della Azienda USL _____
- ☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____
- ☐ medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

- nel seguente luogo: _____
- con le seguenti modalità: _____

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico o al termine del periodo di somministrazione e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna, inoltre, a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale _____

ALLEGATO F)

VERBALE PER LA CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

In data.....alle ore.....il personale autorizzato, in servizio presso
....., plesso prende in consegna il medicinale _
..... (vedasi verbale consegna farmaco salvavita e/o indispensabile ALL.

- E) da somministrare all'alunno/a.....classe/sezione.....e lo conserva nel luogo concordato dalle parti interessate,
ovvero

Copia della certificazione medica, allegata alla presente (ALL. B), verrà spillata alla confezione del farmaco
con il nome e cognome dell'alunno/a

Luogo e data

I genitori

Il personale autorizzato

..... II/I

genitore/i.....dell'alunno/a

....., nel ribadire che sarà loro cura procedere a
sostituzione del farmaco in caso di scadenza e/o di nuova prescrizione, dichiarano che la conservazione di esso
è conforme alle indicazioni fornite dal personale sanitario che ne ha prescritto la somministrazione in caso di
emergenza, CONSAPEVOLI che essa potrà avvenire da parte di PERSONALE SCOLASTICO NON IN
POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

Luogo e data

FIRMA/E DEL/I GENITORE/I

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale

da somministrare in caso di

(indicare l'evento) come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale). Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (indicare il luogo dove sarà conservato) Nel caso al bambino/a

dovesse presentarsi l'evento predetto, il personale della scuola, mantenendo la dovuta calma, attuerà il seguente piano di azione:

1. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e un solo collaboratore scolastico di turno:

- a. l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico
- b. il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, dopo avere verificato la corrispondenza del nome dell'alunno/a sulla confezione e sul certificato
- c. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco dopo aver verificato nome, scadenza e dose di somministrazione del farmaco con quanto riportato nella certificazione medica allegata ed il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori
- d. il collaboratore riunisce e porta i bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

2. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici di turno:

- a. l'insegnante di classe chiama i collaboratori scolastici e soccorre il/la bambino/a
- b. un collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, dopo avere verificato la corrispondenza del nome dell'alunno/a sulla confezione e sul certificato, consegna il medicinale all'insegnante, chiama il 118 e i genitori
- c. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d. il secondo collaboratore scolastico porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza.

3. Orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità e un solo collaboratore scolastico di turno:

- a. un insegnante soccorre il/la bambino/a
- b. l'altro insegnante chiama il collaboratore scolastico, poi chiama il 118 e i genitori
- c. il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, dopo avere verificato la corrispondenza del nome dell'alunno/a sulla confezione e sul certificato consegna il medicinale all'insegnante poi riunisce i bambini, e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

ALLEGATO G)

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dai Responsabili di plesso.

L'eventuale presenza dei genitori, sopraggiunti nel frattempo, esonera il personale scolastico dal prosieguo del proprio intervento.

Luogo e data_____

Per avvenuta condivisione del presente protocollo:

Il Dirigente Scolastico o suo Delegato

I/II Genitori/e o l'esercente la patria potestà

Il personale autorizzato

ALLEGATO H)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti genitori
di nato a il residente
a in via frequentante la
classe della Scuola sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,
chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza
del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data
dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e
penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati
sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

DICHIARAZIONI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/i sottoscritto/i _____ Genitore/i Tutore dell'alunno/a
_____ Frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____
_____ plesso _____ nell'anno scolastico _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____ Comune _____ Telefono fisso _____
telefono/i cellulare _____

- Visto il verbale di consegna del farmaco
- Visto il verbale di custodia del farmaco
- Visto il protocollo specifico d'intervento di primo soccorso

DICHIARA/DICHIARANO

1. di aver verificato personalmente che il farmaco consegnato viene custodito in locale e secondo modalità conformi alla prescrizione medica allegata
2. di essere impossibilitato/i a somministrare il farmaco in caso di emergenza
3. di essere consapevole/i che il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico NON HA competenze sanitarie
4. di **LIBERARE DETTO PERSONALE** o, in assenza di esso, qualunque soggetto necessitato all'intervento di emergenza richiesto da **OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA'**, purché l'intervento sia rispettoso del protocollo specifico accettato e sottoscritto
5. di provvedere alla sostituzione del farmaco in prossimità della sua scadenza, sollevando il personale scolastico da **OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA'** sul rispetto delle date
6. di obbligarsi a presentare all'inizio di ogni anno scolastico in cui il/la proprio/a figlio/a frequenta codesta Istituzione Scolastica nuova e aggiornata certificazione medica qualificata
7. di obbligarsi ad accompagnare tale presentazione documentale da separata ed esplicita **SEGNALAZIONE DI SUSSISTENZA O INSUSSISTENZA DI VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRECEDENTE CERTIFICAZIONE AL FINE DI PROVVEDERSI DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA ALLE CONSEQUENZIALI VARIAZIONI DEL PROTOCOLLO DI INTERVENTO:**
 - a) di essere consapevole/i che, in assenza di tale segnalazione, la Scuola manterrà il precedente protocollo di intervento sollevando la Scuola ed il suo personale da ogni e qualsivoglia responsabilità connessa a tale colpevole omissione
 - b) di essere stato/a/i edotto/a/i dal Dirigente Scolastico o suo delegato circa ogni aspetto legato all'eventualità del somministrazione del farmaco prescritto al/alla proprio/a figlio/a, accettandone le misure adottate in quanto risponder agli interessi tutti di tutela del proprio/a figlio/a

(luogo) _____, (data) _____

Firma/e del/i Genitore/i

.....
.....

ALLEGATO L)

DISPONIBILITA' PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI AGLI ALUNNI

(Da compilare a cura del personale scolastico e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente scolastico

Agli Atti

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione di farmaci ad alunni.

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

- ☐ Docente della classe
- ☐ Docente formato primo soccorso
- ☐ Collaboratore scolastico formato primo soccorso

in servizio nel plesso _____ dell'IC _____

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno _____ (INIZIALI)

della classe _____ plesso di _____

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Luogo e data

Firma

ALLEGATO M)

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI
RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA/INDISPENSABILI
(Da compilare a cura degli operatori scolastici)

[illegible]

ALLEGATO N)

VERBALE DI RESTITUZIONE DEL FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE

(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno per assunzione al protocollo)

In data _____ alle ore _____ nel plesso _____
dell'IC _____ ricadente nel Comune di _____
il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____

RICONSEGNA

al/ai sig./sigg. _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____ frequentante
nell'A.S. _____ la classe/sezione _____ di codesto Istituto Comprensivo il
seguinte farmaco _____
depositato in data _____ nel caso di somministrazione di emergenza come da
documentazione agli Atti.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

_____ ,

Il/I Genitore/i Sig./S.ra/Sigg Constata l'integrità della
confezione, ritirano il medicinale.

(luogo) (data)

Il/I Genitore/i

L'INCARICATO
