

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Rossano I

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 la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei
farmaci, 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. 196/2003 e del Regolamento UE
2016/679 e successive modificazioni ed integrazioni (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo
stato di salute delle persone), anche con strumenti informatici. Ai sensi e per gli effetti del Decreto
Legislativo n. 196/2003, dell' art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modificazioni ed
integrazioni, i dati personali forniti con la presente e acquisiti dall'Istituto saranno oggetto di
trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di sicurezza e riservatezza.
Il dichiarante potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196/2003. Il Titolare
del trattamento dei dati personali è individuato nella persona del Dirigente Scolastico.

Corigliano-Rossano, _____
DATA

Firma Padre* _____

Firma Madre* _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____

***Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci
dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver
effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di
cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i
genitori".**

*Nel caso in cui firma un solo genitore

Allegato A/1

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(Da compilare a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Rossano I

Oggetto: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita

Il minore

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ affetto dalla seguente patologia:

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza _____

necessita della somministrazione del seguente farmaco _____

Modalità e tempi di somministrazione _____

Dose _____

Durata della terapia _____

Possibili effetti collaterali _____

Si dichiara 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.

Eventuali note: _____

Corigliano-Rossano, _____

DATA

Timbro del Pediatra di Libera Scelta/MMG

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco SALVAVITA

All'alunno/a _____ frequentante la classe _____ scuola

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

dai Genitori: Sig. _____

Sig. _____

per il/la figlio/a _____

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione¹.

Corigliano-Rossano, _____

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

¹ Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.

Il Dirigente Scolastico
Mauro Colafato

Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data _____ alle ore _____, presso _____

I Genitori: Sig. _____

Sig. _____

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

consegnano agli insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

da somministrare all'alunno/a in caso di¹ _____

nella dose _____ come da certificazione medica consegnata in segreteria e in
copia allegata alla presente, rilasciata in data _____ dal dott. _____

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Corigliano-Rossano, _____

DATA

Firma Padre* _____

Firma Madre* _____

***Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.**

*Nel caso in cui firma un solo genitore

Gli insegnanti _____

¹Indicare l'evento

Allegato C

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Rossano I

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. 196/2003 e del Regolamento UE
2016/679 e successive modificazioni ed integrazioni (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo
stato di salute delle persone), anche con strumenti informatici. Ai sensi e per gli effetti del Decreto
Legislativo n. 196/2003, dell' art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modificazioni ed
integrazioni, i dati personali forniti con la presente e acquisiti dall'Istituto saranno oggetto di
trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di sicurezza e riservatezza.
Il dichiarante potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196/2003. Il Titolare
del trattamento dei dati personali è individuato nella persona del Dirigente Scolastico.

Corigliano-Rossano, _____
DATA

Firma Padre* _____

Firma Madre* _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____

***Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci
dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver
effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di
cui agli artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i
genitori”.**

*Nel caso in cui firma un solo genitore

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

ALUNNO/A _____ CLASSE _____ PLESSO _____

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 di cui si allega prospetto).

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 all'alunno/a _____ dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
 - chiama i genitori,
 - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
 - accudisce il bambino
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l' apposito protocollo sanitario.

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

- a) l'insegnante di classe soccorre l'alunno/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta gli alunni in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco
- d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

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

- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre l'alunno/a
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri alunni in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco
- d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

3) Orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a) un docente soccorre l'alunno/a
- b) l'altro docente chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
- c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce gli alunni e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d) l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco.

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 docenti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.