ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

REGOLAMENTO PER LA PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PRESO ATTO della necessità di regolamentare internamente le procedure di somministrazione;

CONSIDERATO come riferimento normativo il Prot. Min. P.I. n. 2312 del 2005;

TENUTO CONTO del protocollo tra Regione Marche e Ufficio scolastico regionale (Delib G.R. n. 1215 del 2014);

VISTA la Delibera del Consiglio d'Istituto n°58 del 03/02/2021;

AD INTEGRAZIONE del Regolamento d'Istituto;

PUBBLICA

il seguente Regolamento per la procedura di somministrazione di farmaci a scuola.

ART. 1

La disciplina degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica sono principalmente regolati dalle Linee guida frutto dell'Intesa tra Ministero della salute e Ministero dell'Istruzione del 25/11/2005 (Prot. Min. P.I. n. 2312).

Per quanto invece attiene il piano di accoglienza e di assistenza del minore con diabete a scuola, ci si attiene al Protocollo di Intesa USR – regione Marche (Delib. 1215 del 27/10/2014).

ART. 2

Le urgenze **non** prevedibili rientrano nelle procedure di PS e non richiedono la somministrazione dei farmaci.

ART. 3

I farmaci a scuola possono essere somministrati in caso di malattie croniche (patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, tipo diabete e asma) e in caso di urgenze prevedibili (patologie croniche note che possono comportare fatti acuti ad esempio asma, diabete, epilessia).

ART. 4

Il genitore, o chi eserciti la patria potestà, deve:

- fare richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico (vedi modulo A);
- accompagnare la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico o dalla specialista attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);
- fornire il farmaco alla scuola tenendo conto della data di scadenza;
- autorizzare il personale individuato dal Dirigente alla somministrazione del farmaco (si farà menzione di questa autorizzazione nel modulo 1)

ART. 5

Il Dirigente Scolastico deve:

- organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'istituto;
- informare tutti i genitori degli alunni dell'istituto (anche tramite il sito *web* della scuola) della procedura di somministrazione farmaci messa in atto;
- richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria;
- individuare, tra il personale chi, in caso di bisogno, deve intervenire con la somministrazione del farmaco;
- stendere, in casi particolari, in collaborazione con l'ASUR del territorio un piano personalizzato d'intervento che descrive i comportamenti da attuare in caso di bisogno;
- informare e condividere con il personale scolastico disponibile a somministrare il farmaco il piano personalizzato di intervento;
- fornire e condividere con i genitori copia del piano personalizzato d'intervento;
- garantire la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso;

- in occasione dei passaggi ad altre scuole, invitare i genitori dell'alunno ad informare il DS della scuola di destinazione e concordare la trasmissione della documentazione necessaria;

ART. 6

Il personale scolastico:

- partecipa ai momenti formativi rivolti a tutto il personale;
- provvede alla somministrazione del farmaco, se individuato dal Dirigente;
- informa il DS e il RSPP su eventuali situazioni critiche verificatesi durante la somministrazione del farmaco.

ART. 7

Per le malattie croniche si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa orario, posologia e modalità di somministrazione.

Per le urgenze prevedibili si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa le circostanze (descrizione dei sintomi) che richiedono la somministrazione, posologia e modalità di somministrazione.

ART. 8

L'auto somministrazione del farmaco, è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il genitore darà comunicazione al Dirigente Scolastico anche in merito al farmaco usato alle modalità diconservazione e alla scadenza (in caso in cui la scuola lo conservi per l'alunno).

ART. 9

Nel caso in cui non riuscisse a trovare personale scolastico per la somministrazione dei farmaci, o nel caso in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati, la Scuola provvede a fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso, dandone comunicazione alla famiglia.

Nel caso in cui invece, non dovesse trovare collaborazione con l'ASUR del territorio per la stesura del piano personalizzato, la Scuola potrà rivolgersi al medico competente (se presente) o ad un esperto di medicina del lavoro o ad associazioni del territorio, per stilare questo documento e promuovere interventi formativi rivolti al personale scolastico o altro personale esterno alla scuola, individuato per la somministrazione, dandone comunicazione alla famiglia.

ART. 10

Resta prescritto il ricorso al Servizio Territoriale di Emergenza (118) nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati dall'istituto così come in caso di urgenze non prevedibili.

ART. 11

Per le procedure di accoglienza e di assistenza del minore con diabete a scuola si fa riferimento all'intera normativa contenuta nel protocollo USR – Regione Marche del 2014, allegato al presente regolamento.

ALLEGATI:

1. Procedura per la somministrazione di farmaci a scuola
2. Piano di azione per farmaco salvavita
   A. Richiesta di somministrazione farmaci
   B. Certificazione medica e piano terapeutico per la somministrazione

   B/1. Autorizzazione alla somministrazione di farmaci salvavita

   B/2. Verbale di consegna del farmaco salvavita

   C/1. Autorizzazione alla somministrazione di farmaci indispensabili

   C/2. Verbale di consegna del farmaco indispensabile

   D. Richiesta di auto somministrazione di farmaci

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato 1

Procedura per la somministrazione di farmaci a scuola

Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelare il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica.

Considerando che:

- il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
- tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari dell'Asur, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione" in situazione riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
- nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestati da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la Asur individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

ITER PROCEDURALE

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, come da allegato modulo (ALL. A), 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 se trattasi di

farmaco salvavita o indispensabile;

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte dichi somministra il farmaco, né in relazione a chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

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

Accetta la documentazione precedentemente elencata il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- All. B/1 se trattasi di farmaco salvavita
- All C/1 se trattasi di farmaco indispensabile

Ricevuta l'autorizzazione e il relativo piano di intervento, le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- All B/2 verbale del farmaco salvavita
- All C/2 verbale del farmaco indispensabile

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'Asur e la famiglia, è possibile prevedere l'auto somministrazione.

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportate, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, anche la dicitura che: "*il minore può auto somministrarsila terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola*".

La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al dirigente scolastico (All. D).

Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questo documento andrà specificato che: "*il minore può auto somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola*".

La certificazione medica presentata dai genitori ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso se necessario.

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del medicinale da parte della scuola alla famiglia.

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato 2

ALUNNO/A_____

SEZ/PLESSO _____

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 un 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 al bambino/a dovesse presentarsi (INDICARE L'EVENTO)

……

il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

1- orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore in turno:
   - l'insegnante di classe chiama il collaboratore con un segnale concordato e soccorre il/la bambino/a;

- il collaboratore accorre, portando il medicinale all'insegnante, chiama il 118 e i genitori, quindi riunisce e porta i bambini in un'altra classe;
- l'insegnante somministra il farmaco al bambino/a;
- l'insegnante dell'altra classe effettuerà la sorveglianza dei bambini.

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

- l'insegnante di classe chiama la custode con un segnale concordato e soccorre il/la bambino/a;
- il collaboratore accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta i bambini nell'altra classe;
- il secondo collaboratore chiama il 118 e i genitori;
- l'insegnante somministra il farmaco;
- l'insegnante dell'altra classe effettuerà la sorveglianza dei bambini.

3- orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed una sola custode in turno:

- un insegnante soccorre il/la bambino/a (come da accordi stabiliti);
- l'altra insegnante chiama il collaboratore con un segnale concordato, chiama il 118 e i genitori;
- il collaboratore accorre 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;
- l'insegnante che sta soccorrendo la bambina somministra il farmaco.

4- orario in cui sono in contemporaneità 3 insegnanti:

- un insegnante soccorre il/la bambino/a (come da accordi stabiliti);
- l'altra insegnante chiama la custode con un segnale concordato, riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;
- la terza insegnante chiama il 118 e d i genitori;
- il collaboratore accorre portando il medicinale all'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a e questa insegnante somministrerà il farmaco, il collaboratore resterà a disposizione nella classe.

Oltre la normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale ATA.

Detto personale al momento dell'entrata in servizio dovrà essere informato del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.

Montalto delle Marche, ...

Le insegnanti

Personale ATA

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Al Dirigente Scolastico
OC Rotella –Montalto delle Marche

I sottoscritti.....

.....

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

Essendo il minore effetto 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 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

□ SI □ NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili e raggiungibili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante …….....
- Genitori.....

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA

SI CERTIFICA
Che l'alunno/a:
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il //____
Residente in _____ Cap _____ Località _____ Provincia _____
Codice Fiscale: _____
È affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco

_____ in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.

Considerato che:
• La somministrazione del farmaco è necessaria durante l'orario scolastico perché:

☐ Farmaco salvavita

☐ Farmaco indispensabile

• La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l'individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

SI ATTESTA

Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico.
La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.
Luogo _____ Data ____

Timbro e Firma del Medico:

_____

_____

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome _____ Nome _____

Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario di somministrazione: _____
- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal _____al _____

Necessità di somministrazione "al bisogno":

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

_____

- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal _____al _____

Farmaco salvavita (se applicabile):

- Nome commerciale del farmaco salvavita: _____
- Modalità di somministrazione:

_____

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

_____

- Dose da somministrare: _____
- Modalità di conservazione: _____

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Autosomministrazione:

L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco:

□ Sì □ No

Formazione del personale scolastico:

È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?

□ Sì □ No

Note per la formazione specifica da parte della Azienda USL:

_____

Luogo _____ Data _____

Timbro e Firma del Medico:

Nota Bene:
La presente certificazione deve essere consegnata in forma originale al Dirigente Scolastico e costituisce documentazione essenziale per l'attivazione della somministrazione del farmaco in orario scolastico.

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato B/1

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

Alunno/a.....

frequentante la classe…….....scuola.....

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

dai Sig.....

per il/la figlio/a.....

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita

il Dirigente Scolastico

autorizza a somministrare il farmaco con il seguente piano di azione allegato (vedi All. 2 dacompilare e adattare alla esigenza specifica).

Il Dirigente scolastico

Montalto delle Marche, …….

Le insegnanti Personale ATA

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato B/2

Verbale per consegna medicinale salvavita

Alunno/a .....

In data.....alle ore…….. la/il Sig.....

genitore dell'alunno/a,..... frequentante la classe .....della scuola.....consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....da somministrare al bambino in caso[1] di .....

.....

.....

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

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

_____

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Montalto delle Marche, …….

Il genitore Le insegnanti

_____ _____

[1] Indicare dettagliatamente l'evento

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato C/1

Oggetto: autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco indispensabile

Alunno/a ……..... frequentante la classe..... della Scuola.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.....per il/ la figlio/a..... relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile

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 ogni giorno alle ore..... 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 (compilare appositi verbale di consegna)

♦ Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (specificare):

.....

♦ Il medicinale sarà somministrato all'alunno da (specificare il nome della persona incaricata ed eventuale sostituto):

.....

Il Dirigente scolastico

Montalto delle Marche, ……

Le insegnanti _____

Personale ATA _____

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato C/2

Verbale per consegna medicinale indispensabile

Alunno/a.....

In data.....alle ore..... la/il Sig .....genitore dell'alunno/a.....frequentante la classe/sez..... della scuola …….…..…....., consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale .....da somministrare al bambino/a ogni giorno alle ore..….....nella dose.....…..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data.....dal Dott.....

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

_____

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Montalto delle Marche, ……..

I genitori Le insegnanti

_____ _____

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO - SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti.....

genitori di.....nato a .....il.....

residente a .....in via ……

frequentante la classe..... della Scuola …..... sita ..... in via.....

Essendo il minore effetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità 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.

Acconsentiamo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

□SI □NO

Data..... Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante (nome e numero di tel) .....
- Genitori (nomi e numeri di tel) .....