



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL paee09300v@istruzione.it paee09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

A Tutti i genitori degli alunni interessati
A tutto il personale Docente e Ata
E p.c. al D.S.G.A.
Al Consiglio d'Istituto
Al R.L.S.
Al R.S.P.P.
Al sito web della scuola

OGGETTO: PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AGLI ALUNNI

- Ⓢ Viste la Raccomandazioni Internazionali del 25 novembre 2005
https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/allegati/linee_guida_farmaci.pdf
- Ⓢ Visto il D.A. del 7/1/215
<http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g15-05/g15-05.pdf>
- Ⓢ Visto il Protocollo d'Intesa tra l'USR per la Sicilia-Ambito territoriale per la Provincia di Palermo e l'ASP di Palermo

SI DETERMINA

IL PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
di seguito indicato, completo della modulistica

Per la delicatezza della materia e le responsabilità civili e penali connesse, si ricorda agli insegnanti che hanno l'OBBLIGO di invitare le famiglie a rivolgersi al Dirigente Scolastico per qualsiasi richiesta relativa alla somministrazione dei farmaci.

Restando a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Antonina Raineri

Firma autografa sostituita a mezzo a stampa ai sensi dell'art. 3, c.2 D.lgs 39/93

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELLA SCUOLA

Si fa riferimento alle Linee guida emanate dai Ministeri dell'istruzione e della Sanità il 25/11/2005, alla cui lettura completa si rimanda per la loro applicazione.

Non si prevede in generale la somministrazione di farmaci presso le scuole.

In alcuni casi eccezionali, però, la frequenza scolastica può essere possibile solo se l'alunno può assumere un farmaco nelle ore di scuola.

In questi casi, qualora la somministrazione del farmaco non presenti particolari difficoltà, la disponibilità del personale della scuola a farsi carico della somministrazione può risolvere il problema. E' comunque utile fare riferimento al presente protocollo di cui si richiamano i punti operativi essenziali: Regola generale: è vietata la somministrazione di farmaci, fatti salvi due casi particolari sotto descritti e sempre su formale autorizzazione del Dirigente Scolastico

L'insegnante che riceve una richiesta in tal senso da un genitore deve indirizzare il richiedente dal Dirigente Scolastico.

Caso 1: somministrazione di farmaci per terapia

Nota: tale problematica è da inquadrare in una logica di assistenza agli alunni al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere.

La famiglia fa richiesta al Dirigente Scolastico accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.)

Il Dirigente Scolastico concorda con la famiglia orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui un familiare o suo delegato possa recarsi presso la scuola Qualora sia impossibile a un genitore o suo delegato recarsi a scuola, il Dirigente Scolastico verifica se tra il personale vi sia qualcuno disponibile e con opportuna e adeguata formazione certificata dai servizi sanitari territoriali

Qualora nessun insegnante sia disponibile o non vi siano persone formate, il Dirigente Scolastico potrà interessare i servizi sanitari territoriali. Se anche questi non fossero disponibili, il Dirigente Scolastico ne dà comunicazione formale e motivata ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno L'insegnante che ha aderito alla richiesta, registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia).

Caso 2: ricorso a farmaci salva-vita in situazioni di emergenza

Nota: tale problematica è da inquadrare in una logica di gestione dell'emergenza come prevista dal TUS 81/08 e normative correlate.

La famiglia segnala al Dirigente Scolastico le eventuali situazioni in cui l'alunno necessita della somministrazione immediata di farmaci salva-vita. La richiesta è accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.) il Dirigente Scolastico organizza col Medico di base (Pediatria) apposita riunione informativa con gli insegnanti interessati. E' necessario redigere apposito verbale, anche in forma sintetica, con firma dei partecipanti; gli insegnanti interessati riceveranno adeguata formazione in situazione sulla specifica emergenza da parte dei servizi sanitari territoriali che ne rilasceranno adeguata certificazione di idoneità Considerato che spetta al datore di lavoro individuare gli addetti all'emergenza e che il lavoratore incaricato non può rifiutare la nomina, se non per grave e giustificato motivo, la somministrazione del farmaco salva-vita è obbligatoria e rientra nelle competenze relative alla gestione dell'emergenza

Chi avesse validi e documentati motivi per rifiutare tale incarico lo deve segnalare per iscritto al Dirigente Scolastico motivandone le ragioni

L'insegnante che ha effettuato la somministrazione del farmaco salva-vita registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia) e ne dà segnalazione al Dirigente Scolastico e 3 alla famiglia.

NOTA: L'iter sopra descritto contempla forzatamente il trattamento di dati sensibili. Per tale ragione deve essere effettuato con la dovuta riservatezza e con le procedure formali necessarie.

Iter procedurale

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci salvavita e/o indispensabile 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), certificazione/autorizzazione medica (ALL. B).

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 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 fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente
- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- dose da somministrare
- tempi di somministrazione (eventuale somministrazione altra dose)
- modalità di somministrazione del farmaco
- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli
- modalità di conservazione del farmaco
- durata della terapia

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente Scolastico predisponde l'autorizzazione con il relativo piano di azione per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- ALL. B 1 autorizzazione per somministrazione farmaco salvavita e/o indispensabile
- ALL. B4 piano di azione per la somministrazione del farmaco salvavita.

Ricevuta l'autorizzazione e il relativo di piano di azione, il personale autorizzato procederà a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da modulo allegato:

- ALL. B 2 verbale consegna farmaco
- Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASP e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

Per poter soddisfare questa esigenza, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, anche la dicitura che: “ il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”. La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (ALL. C). Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predisponde l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e il personale autorizzato provvede a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti 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 e in corso dello stesso, se necessario.
- Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori (ALL.F).

* La persona incaricata della somministrazione del farmaco dovrà 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.



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pace09300v@istruzione.it pace09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

(ALLEGATO A)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

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

I sottoscritti genitori

di nato a

il residente a in

vian.frequentante la classe.....della
Scuola.....sita a.

.....

Vian.....essendo il minore affetto da

..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmaco salvavita.....

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola , ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

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).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica

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

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione..... Pediatra di

libera scelta/medico curantecell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.

.....

Il Dirigente scolastico (Prof.ssa Antonina Raineri)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa

ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

(ALLEGATO B)

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

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore

CognomeNome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N.

affetto dalla seguente patologia:

.....

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

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Timbro e firma del Pediatra /MMG



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

ALLEGATO B1

AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

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
scuola

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

Sig.....
..... per il/la figlio/a relativa
alla somministrazione del farmaci, 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.B4) Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il personale incaricato (firma)

PERSONALE DOCENTE

SQUADRA DI PRIMO SOCCORSO

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

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



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

(ALLEGATO B²)

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

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

Il/la sottoscritto/a.....genitore.....

dell'alunno.....frequentante la classe della scuola

consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita da somministrare al/alla bambino/a in caso di.....nella dose, e da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in datadal 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.**
- ⊙ **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**

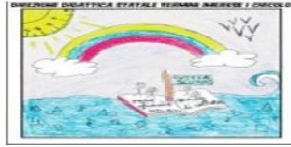
La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il

Il genitore

.....



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

ALLEGATO B3

VERBALE PER LA CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

In data alle ore il personale autorizzato, in servizio presso il I Circolo Plesso.....di Termini Imerese, prende in consegna il medicinale (vedasi verbale consegna farmaco salvavita e/o indispensabile **ALL. B2**) 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

.....

Il Dirigente Scolastico

Il/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



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL paee09300v@istruzione.it paee09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

ALLEGATO B4

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:

- l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato (fischietto)
- il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante e il relativo certificato medico (All. B), dopo avere verificato la corrispondenza del nome dell'alunno/a sulla confezione e sul certificato
- 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
- il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori
- 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:

- l'insegnante di classe chiama i collaboratori scolastici con il segnale concordato (fischietto) e soccorre il/la bambino/a
- un collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante e il relativo certificato medico (All. B), 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
- l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- 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'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato(fischietto), poi chiama il 118 e i genitori

c. il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante e il relativo certificato medico, (**All. B**), 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.

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/Il Genitori/e o l'esercente la patria potestà

Il Medico curante

Il personale autorizzato

.....



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

ALLEGATO C

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 e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

ALLEGATO D

VERBALE INCONTRO DI COORDINAMENTO

A seguito della richiesta del _____ inoltrata dai genitori di _____ classe _____ il dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il pediatra e i genitori si sono riuniti e accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di conservazione e somministrazione del farmaco a scuola. Luogo di conservazione del farmaco: _____ Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione:

_____ 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. La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai numeri telefonici già depositati in segreteria

Il Pediatra _____ Il Dirigente _____ Il Personale della scuola _____ Il Genitore * _____

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Termini Imerese, _____

TUTTA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

1. RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (ALL. A)
2. CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A FIRMA DEL PEDIATRA (ALL.B)
3. AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI (ALL. B1)
4. VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA E/O INDISPENSABILE (ALL. B2)
5. VERBALE PER LA CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA E/O INDISPENSABILE (ALL. B3)
6. PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (ALL. B4)
7. RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI (ALL. C)
8. DICHIARAZIONI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI (ALL. E)

E' REDATTA IN DUPLICE COPIA ORIGINALE DI CUI UNA VIENE CONSEGNATA AI GENITORI, L'ALTRA, SOTTOSCRITTA DAI GENITORI PER RICEVUTA O ACCETTAZIONE, VIENE CONSERVATA NEL FASCICOLO PERSONALE DELL'ALUNNO/A (con specifico numero di protocollo da comunicare alla famiglia)



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

(ALLEGATO E)

DICHIARAZIONI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico
Prof.ssa Marilena Anello

l/i sottoscritto/i _____ Genitore/i Tutore
dell'alunno/a _____ Frequentante la
classe /sezione _____ della scuola _____,
Via/Piazza _____ Comune _____
nell'anno scolastico _____ Telefono fisso _____
telefono/i cellulare _____ Telefono di _____

- 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**

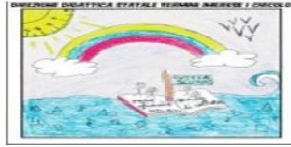
8. di essere consapevole/i che, in assenza di tale segnalazione, la Scuola manterrà il precedente protocollo di intervento, sollevando la Scuola ed il suo personale da ogni e qualsivoglia responsabilità connessa a tale colpevole omissione

9. di essere stato/a/i edotto/a/i dal Dirigente Scolastico o suo delegato circa ogni aspetto legato all'eventualità della somministrazione del farmaco prescritto al/alla proprio/a figlio/a, accettandone le misure adottate in quanto rispondenti agli interessi tutti di tutela del proprio/a figlio/a

10. di aver ricevuto copia dei modelli B, C, D, E, debitamente sottoscritti. In fede,

(luogo) ,(data).....

Firma/e del/i Genitore/i



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese

Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

(ALLEGATO F)

VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA

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

In data..... alle ore..... l'Ins./Il Coll.
Scol.
dell'alunno/a..... frequentante la classe.....
sez. della Scuoladi
.....

riconsegna/no al/ai Genitore/i
Sig./ra/Sigg..... una confezione
di medicinale..... depositato

in data..... (vedi modello b) nel caso di somministrazione d'emergenza
come da documentazione agli Atti.

(luogo)....., (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



Direzione Didattica Statale

PRIMO CIRCOLO



Termini Imerese



Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO

VIA MAZZIERE 90018 TERMINI IMERESE - TEL 091 8113191 / 091 8112527

E-MAIL pae09300v@istruzione.it pae09300v@pec.istruzione.it

Sito web : www.primocircolotermini.edu.it

CODICE UNIVOCO UFFICIO UFGNF2 - C.F. 87000850823

CODICE IBAN IT 54 H 06230 43640 000015067506

(ALLEGATO G)

(a cura degli operatori scolastici)

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI

(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita") VERIFICATESI NELL'ANNO SCOL. _____

NELL'ISTITUTO SCOLASTICO _____

DATA E ORA	ALUNNO	SITUAZIONI VERIFICATESI	INTERVENTO EFFETTUATO DALL'OPERATORE SCOLASTICO E FIRMA OPERATORE

L'Operatore scolastico