

ISTITUTO COMPRENSIVO OSTRÀ

Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di primo grado

Email anic81000q@istruzione.it – Pec. anic81000q@pec.istruzione.it

<http://www.iscostra.edu.it> - C.F. 83005730425 – Cod. Meccanografico ANIC81000Q – CU UFVP5M

PROCEDURA PER RICHIESTA INIZIALE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI NEI LOCALI E IN ORARIO SCOLASTICO

1. I genitori ritirano dalla segreteria la seguente modulistica:
 - **Allegato A:** richiesta di somministrazione farmaco indispensabile/salvavita (da compilare e firmare da parte dei genitori);
 - **Allegato B1:** certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico (da compilare e firmare a cura del medico);
 - **Allegato B2:** piano terapeutico (da compilare e firmare a cura del medico);
 - **Allegato E:** verbale di consegna alla scuola del farmaco (da compilare insieme al docente coordinatore di classe/plesso che riceve il farmaco).
2. I genitori sottopongono alla compilazione e firma del medico gli **Allegati B1 e B2**.
3. I genitori riconsegnano in segreteria gli **Allegati A, B1, B2** debitamente compilati e firmati.
4. Il dirigente scolastico, dopo aver ricevuto dai genitori la richiesta di somministrazione e relativi allegati, invia al personale docente e ATA del plesso interessato il modulo per la dichiarazione di disponibilità/indisponibilità alla somministrazione del farmaco indispensabile/salvavita.
5. Il dirigente scolastico, ottenute le dichiarazioni di disponibilità/indisponibilità, invia al personale dichiaratosi disponibile formale autorizzazione alla somministrazione del farmaco nei locali ed in orario scolastico.
6. Il genitore consegna il farmaco al docente coordinatore di classe/plesso che redige il relativo verbale, **Allegato E**, contestualmente firmato da entrambi.
7. Il docente coordinatore di classe consegna in segreteria una copia dell'Allegato E.

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Ostra

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 _____
nato a _____, il ____/____/____ e residente a _____,
iscritto alla classe _____, sez. __, del plesso _____ dell'Istituto Comprensivo Ostra,
consegna al docente _____, n. _____ confezione/i
nuova/e ed integra/e del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____
come da certificazione medica e/o Piano Terapeutico inviati per email all'indirizzo
anic81000q@istruzione.it, rilasciati 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/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico 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 del docente che riceve il farmaco _____

Firma del genitore _____

ALLEGATO B2

Modulistica per il medico - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Certificazione, attestazione, PT

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita 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) Necessita 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**

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
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....

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

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a
nato/a a, in data/...../.....
residente in,

Codice Fiscale

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

e

- 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 possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

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

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....

Allegato A

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Ostra**

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco indispensabile/salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via n.
frequentante la classe del plesso
dell'Istituto Comprensivo Ostra, essendo l'alunno/a affetto dalla seguente patologia
.....
e constatata l'assoluta necessità, con la presente

CHIEDONO

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico datato ___/___/___ rilasciato dal dott./dott.ssa _____ ;

(oppure)

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento
_____ che il medico stesso,
dott./dott.ssa _____, ha indicato nel Piano terapeutico datato ___/___/___;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

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

I sottoscritti, provvederanno 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.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per i quali necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

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 112.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo Ostra dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo Ostra dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del D.Lgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, Marilena Andreolini.

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 il Piano terapeutico necessario.

_____, _____
luogo data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Genitori

Pediatra di libera scelta (PLS)

o Medico di Medicina Generale (MMG)

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare nome dello specialista e struttura di riferimento:

.....

Tel

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....