##  (Allegato 1 - Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico)

**Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.**

II minore (Cognome)...............................................(Nome). nato

il.....................................residente Necessita di

* somministrazione di farmaci in ambito scolastico
* definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti: nome commerciale del/i farmaco/i

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

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

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

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

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

durata della terapia ..........................................................................................................................................

modalità di conservazione del farmaco

…………………………………………………………………………………………

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

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

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

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

* È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno. La definizione di un piano di assistenza é richiesto per

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

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

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

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

Data, timbro e firma del medico

## (Allegato 2 - Modulo di richiesta somministrazione)

Al Dirigente scolastico Istituto Comprensivo di Fuscaldo

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) ………………………………………… (Nome)………………………………….. nato il

……………………… a ………………………………... e frequentante nell’anno scolastico 2022/2023 l’Istituto Comprensivo di Fuscaldo - Plesso: classe ………………………

# CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine

# AUTORIZZANO

 La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante. Numeri di telefono utili: Medico Curante

…………………………………………….

Genitori …………………………………………………………………………………………………………

In fede Data, …………….. Firma …………………………………………………

## Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

## (Allegato 3 – Modulo richiesta autosomministrazione)

**Richiesta per auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale**

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale, di (Cognome) ………………………………………… di (Nome) ..………………………………….. nato il ………………………

a ………………………………..e frequentante nell’anno scolastico 2022/2023 l’Istituto Comprensivo di Fuscaldo - Plesso: classe ………………………

# DICHIARANO

che “Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della Scuola” e

# AUTORIZZANO

 Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato. Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili: Medico Curante …………………………………………….

Genitori ………………………………………………………………………………………………………… In fede

Data, …………….. Firma …………………………………………………

## Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

## (Allegato 4 – Consenso al trattamento dei dati)

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03) INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003**

Il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

* II trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di tarmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
* La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
* I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
* Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale, di (Cognome) (Nome)

..………………………………….. nato il ……………………… a e

frequentante nell’anno scolastico 2022/2023 l’Istituto Comprensivo di Fuscaldo - Plesso:

classe ………………………

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

## Allegato 5 - (Modulo di messa a disposizione)

Al Dirigente Scolastico

I.C. Fuscaldo

## Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente presso

l’Istituto Comprensivo di Fuscaldo – Plesso ………………………………………………

docente formato primo soccorso............................................................................... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso…………………………………… SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell’alunno (iniziale)………………………..della classe……………….

## 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.

Data

FIRMA

Firma per presa visione

Il Dirigente Scolastico Dott.ssa Aloise Lisa

**(Allegato 6 - Modulo di autorizzazione al Piano di azione per la somministrazione del farmaco salvavita)**

# AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente autorizzato Al Personale ATA autorizzato

Al fascicolo personale dello studente

## Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita all’alunno/a

**.......................................... frequentante la classe ..............scuola ..............................**

A seguito della richiesta inoltrata, presso l’Ufficio di direzione dell'Istituto, dal/i

Sig. ................................................................per il/la figlio/a prot. n.

del / / , relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

Fuscaldo,

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONALE DOCENTE** | **PERSONALE ATA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**(Allegato 7 - Modulo di autorizzazione al Piano di azione per la somministrazione del farmaco indispensabile)**

# AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente autorizzato Al Personale ATA autorizzato

Al fascicolo personale dello studente

## Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita all’alunno/a

**.......................................... frequentante la classe ..............scuola ..............................**

A seguito della richiesta inoltrata, presso l’Ufficio di direzione dell'Istituto, dal/i

Sig. ................................................................per il/la figlio/a prot. n.

del / / , relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

Fuscaldo,

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONALE DOCENTE** | **PERSONALE ATA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## (Allegato 8 - Fac – Simile - Piano di Azione Per Farmaco Salvavita) Fac – Simile - 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 ..................................................

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 apposito verbale). Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione:

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

Nel caso al bambino/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.

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

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

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

* 1. l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
	2. il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un’altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
	3. l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
	4. il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

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

* 1. un docente soccorre il/la bambino/a
	2. l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i

genitori

* 1. il collaboratore scolastico 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

* 1. 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 docenti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.

**(Allegato 9 - Verbale di consegna del farmaco salvavita)**

# VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

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/alla

bambino/a in caso di (1) 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.
* 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 I docenti

1. Indicare l'evento

**(Allegato 10 - Verbale di consegna del farmaco indispensabile)**

# VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

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/alla 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;
* 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 I docenti