

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

(Protocollo d' Intesa stipulato tra ASL CE Distretto Sanitario 17 e USR – Ambito Terr. CASERTA ,25 /03/2015)

LEGENDA

ALLEGATO n. 2	RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
ALLEGATO n. 3	RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
ALLEGATO n. 4	PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaci indispensabili/salvavita
ALLEGATO n. 5	PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaci occasionali
ALLEGATO n. 6	PRESA VISIONE E DISPONIBILITA' alla somministrazione e vigilanza in autosomministrazione
ALLEGATO n. 7	VERBALE DI CONSEGNA DEL MEDICINALE INDISPENSABILE/SALVAVITA
ALLEGATO n. 8	REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI INDISPENSABILI
ALLEGATO n. 9	REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA
ALLEGATO n. 10	REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA C/O LA SCUOLA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

Scuola _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ data di nascita _____

frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

CHIEDONO

Che venga somministrato allo stesso/a il farmaco a Scuola come da prescrizione medica allegata

AUTORIZZANO

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, alla somministrazione del farmaco

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.
Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 _____ n. 2 _____

n. 3 PLS Dott. _____

Data _____

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

Scuola _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ data di nascita _____

frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

CHIEDONO

che il minore, in ambito scolastico, si autosomministri il farmaco con la vigilanza del personale scolastico formato

AUTORIZZANO

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, a vigilare alla auto-somministrazione del farmaco come da allegata prescrizione ed autorizzazione medica

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla auto-somministrazione del farmaco. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 _____ n. 2 _____

n. 3 PLS Dott. _____

Data _____

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a: _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

affetto/a da _____

NECESSITA della somministrazione indifferibile in ambito e in orario scolastico da
parte del personale scolastico formato, non sanitario, del seguente farmaco/i :



QUOTIDIANAMENTE

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Orario _____ Dose _____

Insulina : Orario.....1° dose..... Orario..... 2° dose..... Orario..... 3° dose.....

Durata terapia _____

Modalità di conservazione del farmaco _____



URGENZA PREVEDIBILE che si manifesta con la seguente

sintomatologia _____

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Data

TIMBRO E FIRMA del PLS

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a: _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

affetto/a da _____

NECESSITA della somministrazione indifferibile in ambito scolastico, da
parte del personale scolastico formato, non sanitario, del farmaco sottoindicato:

SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Orario _____ Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco :

TRATTASI DI SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE (come per gita scolastica)

del giorno/i _____ **DALLE ORE** _____ **ALLE ORE** _____

Data

Timbro e firma PLS

**PRESA VISIONE E DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE FARMACO
E VIGILANZA IN AUTOSOMMINISTRAZIONE**

Premesso

- Che sia stata avviata la corretta procedura ;

Il Dirigente Scolastico autorizza il personale scolastico specificamente formato e di seguito elencato,a:

- Somministrare il farmaco indispensabile e il farmaco salvavita. Il farmaco salvavita dovrà essere somministrato secondo la procedura concordata del " PIANO DI AZIONE per somministrazione farmaco salvavita".
- Vigilare in caso di autosomministrazione del farmaco.

Per presa visione e conferma della disponibilità :

Personale Docente	Personale ATA

Data

Dirigente Scolastico

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE
INDISPENSABILE / SALVAVITA

SCUOLA _____

In data _____ alle ore _____ Il Sig./ra _____

genitore dell'alunno/a _____

che frequenta codesta scuola , classe _____ sez. _____

consegna al Referente/i individuato/i dal D.S. , che firma/firmano in calce

- n.1 confezione nuova,integra, in corso di validità,del medicinale/i :



- n.1 copia del certificato medico da allegare al farmaco.

SI IMPEGNANO

a rifornire tempestivamente la scuola di una nuova confezione con i requisiti suddetti, ogni qual volta che il medicinale sarà terminato ed a ogni variazione del trattamento.

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

_____ PLS Dott. _____

GENITORI _____

REFERENTE _____

REFERENTE _____

SOMMINISTRAZIONE **FARMACI INDISPENSABILI**

NATO/A _____ IL _____



n.2 NOME DEL FARMACO _____ Scadenza _____

LUOGO DI CONSERVAZIONE _____

[illegible]

SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA in URGENZA PREVEDIBILE

NATO/A _____ IL _____

NOME DEL FARMACO	Scadenza
------------------	----------

LUOGO DI CONSERVAZIONE

[illegible]

c/o la Scuola : _____

[illegible]

SEDE DI CUSTODIA	LUOGO DI CUSTODIA

- Dirigente Scolastico