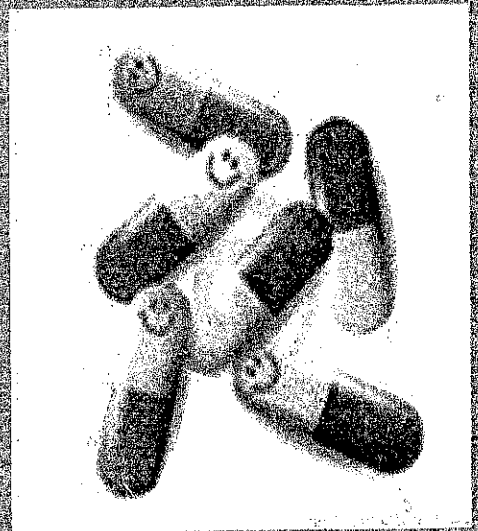
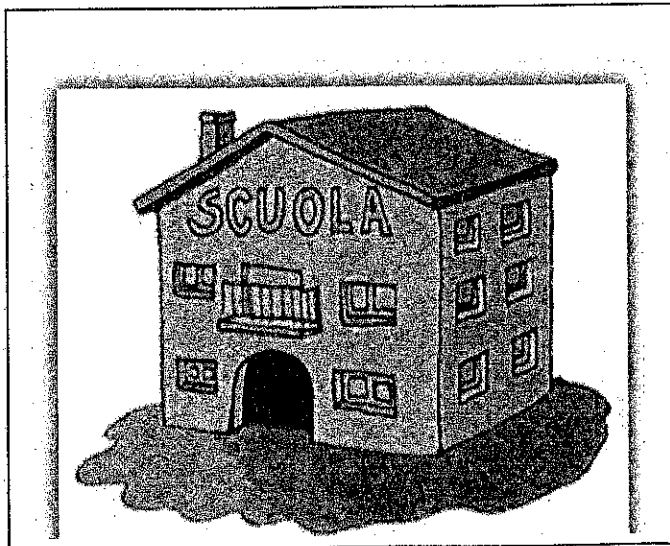




UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE  
PER LA CAMPANIA  
Ufficio IX - A. T. di Caserta

# SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

*GUIDA PER IL PERSONALE SCOLASTICO*



ASL CASERTA

## MODULISTICA

- ALLEGATO n. 1 RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA
- ALLEGATO n. 2 RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI (MINORE)
- ALLEGATO n. 3 PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaci salvavita
- ALLEGATO n. 4 PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaci indispensabili
- ALLEGATO n. 5 PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaci indispensabili occasionali
- ALLEGATO n. 6 PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per autosomministrazione
- ALLEGATO n. 7 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE somministrazione farmaco salvavita
- ALLEGATO n. 8 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE somministrazione farmaco indispensabile
- ALLEGATO n. 9 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE somministrazione farmaco indispensabile occasionale
- ALLEGATO n. 10 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE autosomministrazione
- ALLEGATO n. 11 VERBALE DI CONSEGNA DEL MEDICINALE SALVAVITA
- ALLEGATO n. 12 VERBALE DI CONSEGNA DEL MEDICINALE INDISPENSIBILE
- ALLEGATO n. 13 VERBALE DI CONSEGNA DEL MEDICINALE indispensabile occasionale
- ALLEGATO n. 14 REGISTRO INDIVIDUALE somministrazione farmaci salvavita
- ALLEGATO n. 15 REGISTRO INDIVIDUALE somministrazione farmaci indispensabili
- ALLEGATO n. 16 REGISTRO INDIVIDUALE somministrazione farmaci indispensabili occasionali
- ALLEGATO n. 17 REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA C/O LA SCUOLA
- ALLEGATO n. 18 SCHEDA STATISTICA EPIDEMIOLOGICA
- ALLEGATO n. 19 PIANO D'AZIONE (ESEMPIO)

ALLEGATO n.1

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

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

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 /MMG Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**  
(minore)

Al Dirigente Scolastico

Scuola \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

CHIEDONO

1. che il minore, in ambito scolastico, si autosomministri il farmaco come da allegata autorizzazione medica, con la vigilanza del personale scolastico formato .
2. che l'autosomministrazione del farmaco avvenga sotto la vigilanza del personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, 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 /MMG Dott.  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco salvavita**  
(Pediatria di libera scelta o MMG)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI 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 in ambito e in orario scolastico da parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, del seguente farmaco/i:

**URGENZA** che si manifesta con la seguente sintomatologia \_\_\_\_\_

Nome commerciale: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Possibili effetti collaterali \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA del PLS / MMG

Data \_\_\_\_\_

X

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco indispensabile**  
(Pediatria di libera scelta o MMG)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI 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 in ambito e in orario scolastico da parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, 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 \_\_\_\_\_

Possibili effetti collaterali \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA del PLS / MMG

Data \_\_\_\_\_

X

ALLEGATO n.5

# PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco indispensabile occasionale

(Pediatria di libera scelta o MMG)

## 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 non sanitario, docente e non, del farmaco sottoindicato:

|   |              |            |
|---|--------------|------------|
| <b>SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE</b>     |              |            |
| 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 / MMG

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per autosomministrazione**

(Pediatria di libera scelta o MMG)

**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, sotto la vigilanza del personale scolastico non sanitario, docente e non, del farmaco sottoindicato:

Nome commerciale: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione : **il minore può autosomministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale scolastico** Orario \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco :

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma PLS / MMG



ALLEGATO n.7

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**  
(carta intestata dell'Istituto)

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

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 farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a  
somministrare il farmaco con le procedure indicate nella prescrizione medica e nell'allegato piano di  
azione. <sup>1</sup>

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

| Personale Docente | Personale ATA |
|-------------------|---------------|
|                   |               |
|                   |               |
|                   |               |
|                   |               |
|                   |               |
|                   |               |
|                   |               |

<sup>1</sup> Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato nell'allegato n.19

Il Dirigente Scolastico

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**  
(carta intestata dell'Istituto)

Al Personale Docente  
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **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 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<sup>1</sup>.

• Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione<sup>2</sup>:

• Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:  
.....  
.....

Luogo e Data ..... il .....  
Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):.....  
.....  
.....

- 1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
- 2. Indicare il luogo della custodia
- 3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

Il Dirigente Scolastico



**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE occasionale**  
(carta intestata dell'Istituto)

Al Personale Docente  
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile occasionale**  
**Es. gita scolastica**

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 farmaco **indispensabile occasionale**, 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  
il giorno..... alle ore ..... all'alunno/a.....  
nella dose di ..... come da prescrizione  
medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

- 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 da:

.....  
.....

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):.....  
.....  
.....

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
2. Indicare il luogo della custodia
3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

Il Dirigente Scolastico

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE in  
autosomministrazione  
(carta intestata dell'Istituto)**

Al Personale Docente  
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile in  
autosomministrazione**  
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 auto-somministrazione del farmaco **indispensabile** , il Dirigente Scolastico autorizza  
l'auto somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

• Il genitore consegnerà al personale della scuola

• una confezione nuova ed integra del medicinale..... che  
l'alunno.....  
si auto somministrerà sotto la vigilanza del personale scolastico

il giorno..... alle ore .....

nella dose di ..... come da prescrizione  
medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

• Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale  
che vigilerà sulla somministrazione:

• personale scolastico individuato per la vigilanza:

.....  
.....

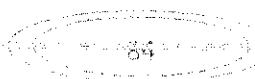
Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):.....  
.....  
.....

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
2. Indicare il luogo della custodia
3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

Il Dirigente Scolastico




K


**VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

(carta intestata dell'Istituto)

In data.....Alle ore ..... Il sig./ra .....

genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... sez.....di questa scuola  
consegna al Referente/i individuato/i dal D.S. , che firma/firmano in calce

 n. .... confezione nuova, integra, in corso di validità, del medicinale.....

 n. .... confezione nuova, integra, in corso di validità, del medicinale.....

da somministrare all'alunno/a come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata  
alla presente, rilasciata in data..... Dal Dott. .... in caso di  
..... nella dose.....

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità, civile e penale derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire tempestivamente la scuola di una nuova confezione, nel rispetto dei suddetti requisiti ogni qual volta il medicinale sarà terminato e comunicheranno immediatamente ogni variazione di trattamento.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente reperibile ai seguenti numeri telefonici :

N. 1 ..... N. 2 .....

N.3 PLS/MMG Dott. ....

Genitori

Referenti

.....  
.....

.....  
.....

**VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

(carta intestata dell'Istituto)

In data.....Alle ore ..... Il sig./ra

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... sez.....di questa scuola

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



n. .... confezione nuova, integra, in corso di validità,del medicinale.....



n. .... confezione nuova, integra,in corso di validità,del medicinale.....

da somministrare al bambino/a come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data..... Dal Dott. .... ogni giorno, alle ore ..... nella dose.....

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità, civile e penale derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire tempestivamente la scuola di una nuova confezione,nel rispetto dei suddetti requisiti ogni qual volta il medicinale sarà terminato e comunicheranno immediatamente ogni variazione di trattamento.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente reperibile ai seguenti numeri telefonici :

N. 1 ..... N. 2 .....

N.3 PLS/ MMG Dott.  
.....

Genitori

Referenti

.....

.....

.....

.....

**VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE OCCASIONALE**

(carta intestata dell'Istituto)

In data.....Alle ore ..... Il sig./ra

.....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... sez.....di questa scuola  
consegna al Referente/i individuato/i dal D.S. , che firma/firmano in calce



n. .... confezione nuova, integra, in corso di validità, del medicinale.....



n. .... confezione nuova, integra, in corso di validità, del medicinale.....

da somministrare al bambino/a come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata  
alla presente, rilasciata in data..... Dal Dott. .... IL giorno  
....., alle ore ..... nella dose.....

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità, civile e penale derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente reperibile ai seguenti numeri telefonici :

N. 1 ..... N. 2 .....

N.3 PLS/ MMG Dott.  
.....

Genitori

Referenti

.....

.....

.....

.....

## REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA in URGENZA PREDIBILE

SCUOLA \_\_\_\_\_

ALUNNO/A \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_ SEZ \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

**in URGENZA PREDIBILE**

NOME DEL FARMACO \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

LUOGO DI CONSERVAZIONE \_\_\_\_\_

| Data | Ora | SITUAZIONE VERIFICATA SI | Modalità/Dose | Firma somministratore | NOTE |
|------|-----|--------------------------|---------------|-----------------------|------|
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |
|      |     |                          |               |                       |      |

Il Dirigente Scolastico











## SCHEDA STATISTICA EPIDEMIOLOGICA

ISTITUTO

STATALE

PARITARIO

|  | diabete              | crisi conv.          | allergie             | altro                | L. 104               |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Sc. Materna<br>n. Plessi<br>tot. bambini | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sc. Infanzia<br>tot. alunni              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sc. S. I Grado<br>tot. alunni            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Data

Dirigente Scolastico

### PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (esempio)

Il genitore consegna al personale della scuola una confezione nuova, integra, in corso di validità del medicinale.....

da somministrare in caso di .. (indicare l'evento) .....

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla richiesta di somministrazione dei farmaci).

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 (reperibile nella sez modulistica)

Il medicinale sarà conservato in (indicare il luogo dove sarà conservato) ..... luogo sicuro per gli alunni, e 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:

persona n.1 per andare a prendere il medicinale e per i contatti telefonici:

chiama i genitori - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

persona n.2 per la somministrazione: accudisce il bambino - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia secondo l' apposito protocollo sanitario.

**1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato