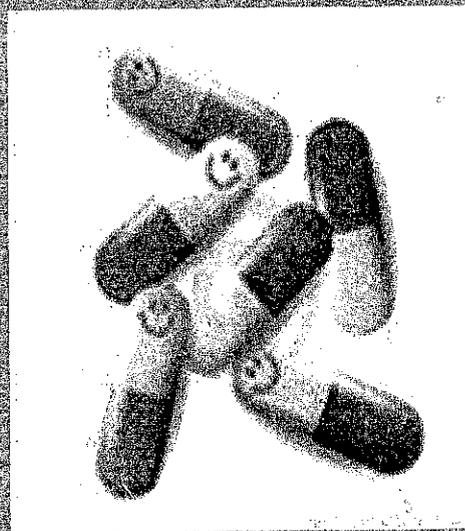
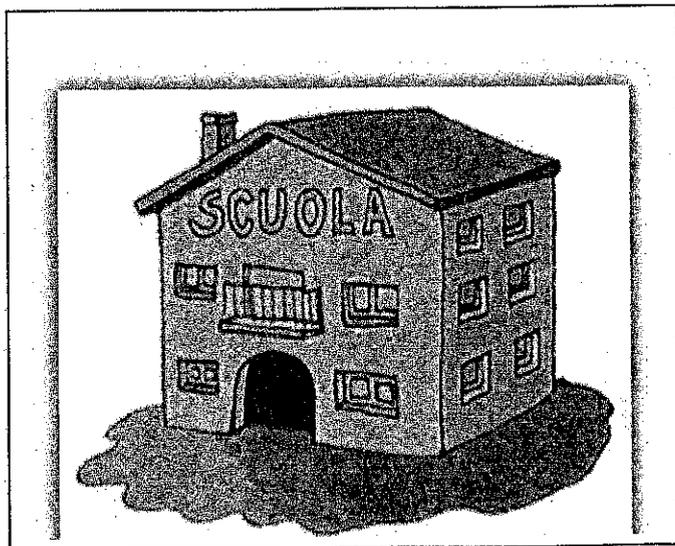




UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
PER LA CAMPANIA
Ufficio IX - A. T. di Caserta

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
(Pediatra 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:

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 / 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. ¹

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente	Personale ATA

¹ 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 terminato¹.

- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:

- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da³:
.....
.....

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:

.....
.....

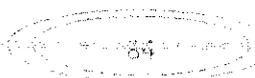
Luogo e Data il

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 al l'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

.....

.....

.....

.....

SCHEDA STATISTICA EPIDEMIOLOGICA

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