



SCHEMA RIEPILOGATIVO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA IN CASO DI EMERGENZA

- 1. È VIETATO al personale scolastico somministrare farmaci a scuola, salvo che nei casi espressamente AUTORIZZATI.**

- 2. Sono autorizzati i casi in cui la scuola è in possesso di:**
 - **RICHIESTA scritta e firmata dei GENITORI per la somministrazione di farmaci (allegato 1).**
 - **AUTORIZZAZIONE scritta e firmata del MEDICO (allegato 2), che attesta la necessità indispensabile di somministrazione e la fattibilità da parte di personale non sanitario.**

- 3. La scuola, una volta in possesso della documentazione di cui al punto 2:**
 - **individua gli incaricati,**
 - **verifica la possibilità di conservare correttamente i farmaci,**
 - **si fa parte attiva nell'organizzazione della formazione del personale addetto.**

Si precisa che:

- **La scuola è OBBLIGATA ad organizzare un piano per la gestione della somministrazione di farmaci in caso di emergenza.**
- **Gli obblighi e le responsabilità degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza sono quelle di tutti i cittadini e di tutti i lavoratori.**
- **Essere AUTORIZZATI NON SIGNIFICA ESSERE OBBLIGATI a somministrare il farmaco, in quanto in caso di emergenza gli addetti valutano comunque la possibilità di far intervenire i genitori e/o i servizi di pronto soccorso e solo nel caso sussista l'urgenza e ritengano di poter applicare serenamente le istruzioni del medico procederanno con la somministrazione del farmaco.**

Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____

Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatria di libera scelta o Medico di Medicina generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

non sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1° FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

2° FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

Data, _____

Timbro e Firma del medico

Allegato 3- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

**VERBALE DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA**

Data, _____

Persone Presenti:

Figura	Cognome e Nome	Firma
Dirigente Scolastico		
Medico		
Personale Sanitario		
Personale Scolastico incaricato della somministrazione		

Relativamente all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

non sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

Argomenti tratti - considerazioni:

- Verifica completezza della documentazione autorizzativi (richiesta genitore + autorizzazione medico).
- Nominativi degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza.
- Verifica delle modalità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore.
- Istruzioni d'uso del produttore del farmaco.
- Descrizione dei sintomi del disturbo dell'alunno/studente (eventualmente data dal personale medico)
- Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico).
- Effetti dei farmaci somministrati.
- Altro:

Allegato 4- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO

Relativo all'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

non sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

INDIVIDUA

il gruppo di operatori scolastici incaricati in caso di emergenza della somministrazione dei farmaci, costituito dalle seguenti persone:

Sig. _____

Sig. _____

Sig. _____

La formazione degli operatori sopra elencati è avvenuta tramite:

- La messa a disposizione delle istruzioni d'uso del produttore del farmaco.
- La messa a disposizione delle istruzioni del medico (allegato 2).
- Incontro informativo, sulle modalità organizzative, con il dirigente scolastico (data_____).
- Incontro informativo/formativo avuto con il medico prescrivente sulle modalità attuative (data_____).
- Incontro informativo/formativo con altro personale sanitario competente sulle modalità attuative (data_____).

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

- Conservazione in frigorifero a temperatura _____
- Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.
- Conservazione fuori dalla portata dei bambini.
- Altro: _____
- Altro: _____
- Altro: _____

Data, _____

Il Dirigente Scolastico