



ISTITUTO COMPRENSIVO "MAMELI"

Via Dante n. 100 – 81040 CURTI (CE)

☎ 0823/797526 - C.F.: 93103720616 - Codice Univoco Ufficio UF0RFK
e_mail: ceic8a700c@istruzione.it - P.E.C. ceic8a700c@pec.istruzione.it



Al D.S.G. Atutto il

personale docente

Ai Genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale degli alunni dell'Istituto

Albo online sito web d'Istituto

Atti sicurezza –

Sede

CIRCOLARE N.17

OGGETTO: Somministrazione farmaci salvavita e/o indispensabili a scuola.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate Lineeguida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

PREMESSO che "la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto" (art. 2 delle suddette Linee Guida);

INVITA

i genitori e/o tutori degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o **INDISPENSABILI a inviare, a mezzo mail all'indirizzo CEIC8A700C@istruzione.it, con OGGETTO " Somministrazione farmaci"**, i moduli (**allegati 1,2,3,4**) debitamente compilati a cura dei genitori e del medico curante, da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione (**allegato 5**) da parte degli alunni. **Per la richiesta di ingresso nei locali scolastici da parte del genitore**, per procedere personalmente alla somministrazione del farmaco al proprio figlio, compilare e inviare all'indirizzo suindicato l'**allegato 7**.

Se i Genitori hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), **devono solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso (allegato 6)**.

Le SS.LL., sono invitate a inviare i moduli corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori.

Si precisa che i moduli sono reperibili sul sito della scuola nella sezione "MODULISTICA FAMIGLIE". Successivamente i Genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa **Daniela Orabona**

*Firmato digitalmente ai sensi del CAD
e normativa connessa*

Allegato 1

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

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC "MAMELI" di Curti**

OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Vs. Prot. _____ / _____

Curti – lì, _____

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "G. Mameli" di Curti

Il/i sottoscritti Tel. fisso..... Tel. Cell.....

..... Tel. fisso..... Tel. Cell.....

genitore/i - tutore/i di

nato/a a..... il

residente a in via.....

frequentante la classe della scuola nell'anno scolastico.....

sita a in via.....

vista la specifica patologia dell'alunno/a – studente/essa affetto/a da:

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

chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

- Allega Prescrizione/certificazione redatta dal

- Consegna farmaco specifico

- Farmaco con scadenza

Modalità di conservazione del farmaco.....

Luogo di conservazione del farmaco (a cura del Dirigente Scolastico)
.....

Data.....

FIRMA

.....

.....

ACCONSENTE/ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE all'interno dell'Istituzione scolastica.

Data.....

FIRMA

.....

.....

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Vs. Prot. _____ / _____

Curti – li, _____

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "G. Mameli" di Curti

Il/i sottoscritti Tel. fisso..... Tel. Cell.....
..... Tel. fisso..... Tel. Cell.....

genitore/i - tutore/i di

nato/a a..... il

residente a in via.....

frequentante la classe della scuola nell'anno scolastico.....

sita a in via.....

- Viste le indicazioni allegate dal Pediatra di libera scelta/Medico Curante

.....
.....in data...

Autorizza/no

il personale della scuola, ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.**

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

Data.....

FIRMA
.....
.....

ACCONSENTE/ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE all'interno dell'Istituzione scolastica.

Data.....

FIRMA
.....
.....

.....
.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Allegato 4

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A – STUDENTE/SSA**

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1^a dose 2^a dose 3^a dose 4^a dose

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

note

.....

modalità operative da attuarsi in caso di assistenza all'evento acuto e non prevedibile:

l'alunno/a – studente/ssa è affetto/a da:

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

ed è in terapia con:

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

con somministrazioni:

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

la malattia può anche però manifestarsi con:

.....
.....

.....
.....

in presenza dei comportamenti sopra citati è il caso di intervenire somministrando:

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

molto raramente/ raramente/ frequentemente/
nell'alunno/a – studente/essa la malattia può manifestarsi con:

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

e/o perdita di coscienza:

in questo caso è però necessario:

- intervenire somministrando:

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

- con:

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

- dose di:

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

- eventuali note:

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

- **avvisare telefonicamente il “servizio territoriale d'emergenza (118),**
- **avvisare telefonicamente il genitore dell'alunno relativamente a quanto sta avvenendo.**

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Oggetto: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....dal dott.
.....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Curti, lì

Firma dei genitori

.....
.....

ACCONSENTE/ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE all'interno dell'Istituzione scolastica.

Data.....

FIRMA

.....
.....

OGGETTO: PROSECUZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ nato/a _____
iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Data _____

Firma

ACCONSENTE/ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE all'interno dell'Istituzione scolastica.

Data.....

FIRMA

.....
.....

RICHIESTA ACCESSO per SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC "MAMELI" di CURTI

I/II/La sottoscritt i/o/a..... e

genitore/i - tutore/i dell'alunno/a

nato/a a..... il

residente a in via.....

frequentante la classe della scuola nell'anno scolastico.....

sita a in via.....

CHIEDE/CHIEDONO

Di poter accedere nella scuola alle oreper effettuare personalmente la somministrazione di farmaco coerentemente alla certificazione medica allegata (*la certificazione medica deve specificare patologia, posologia, via e tempi di somministrazione*). In tal caso il farmaco sarà portato di volta in volta dal genitore stesso al momento della somministrazione.
Si allega certificazione medica.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di riferimento o medico certificatore

Genitori : /.....

ACCONSENTE/ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE all'interno dell'Istituzione scolastica.

Firma/e

.....
.....