

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

(PROTOCOLLO DI INTESA stipulato tra ASL CE - DISTRETTO SANITARIO 17 e UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE – AMBITO TERRITORIALE DI CASERTA il 25 /03/2015)

LEGENDA

A cura dei genitori :

- 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
- ALLEGATO n. 5 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE/SALVAVITA

A cura della Scuola :

- ALLEGATO n. 6 PRESA VISIONE E DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
- ALLEGATO n. 7 REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI INDISPENSABILI
- ALLEGATO n. 8 REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA
- ALLEGATO n. 9 REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA C/O LA SCUOLA
- ALLEGATO n. 10 SCHEDA "RIEPILOGO"

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, come da allegata prescrizione ed autorizzazione medica

AUTORIZZANO

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, a vigilare alla auto-somministrazione del farmaco di cui sopra

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
(Pediatria 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 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 _____

☆ ☆
URGENZA che si manifesta con la seguente sintomatologia _____
Nome commerciale: _____
Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

TIMBRO E FIRMA del PLS

Data _____

**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 “ PIANO DI AZIONE per somministrazione farmaco salvavita” concordato e riportato in Allegato n.8
- Vigilare in caso di auto somministrazione del farmaco.

Per presa visione e conferma della disponibilità :

Personale Docente	Personale ATA

Data

Dirigente Scolastico

REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA

c/o la Scuola : _____

FARMACO	Scadenza	TIPO DI SOMMINISTRAZIONE		
		Quotidiana	Urgenza	Autosomministrazione

SEDE DI CUSTODIA	LUOGO DI CUSTODIA

- a) A ogni farmaco è allegata la prescrizione medica che indica dose e modalità di somministrazione.
- b) Al termine dell'anno scolastico il farmaco in custodia sarà restituito alla famiglia.

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE
INDISPENSABILE / SALVAVITA

SCUOLA.....

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

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

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 :

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente,rilasciata

dal Dott. _____ in data _____

SI IMPEGNANO

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

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

PLS Dott. _____

GENITORI _____

REFERENTE _____

REFERENTE _____



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA



Ufficio Scolastico
Regionale per la
Campania

Ambito Ter. di Caserta

PROTOCOLLO D'INTESA
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

2015/2016 DS. Comune di _____

ISTITUTO STATALE PARITARIO

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

Data

Dirigente Scolastico
