ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

ALLEGATO A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti …….…… e ……
in qualità di genitori - affidatari - tutori dell'alunno/a …….....
frequentante la classe …….. della scuola ……..
nell'anno scolastico ……., affetto da …….. e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data …… dal Dott. ……

CHIEDONO (barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco al figlio/a (è necessario essere in possesso di green pass)
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata:
  - sig./ra …… (il delegato deve essere in possesso del green pass)
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale
- ☐ che il minore si autosomministri la terapia farmacologica con:
  - la vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta autosomministrazione)
  - l'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di autosomministrazione)

Si consegnano n …….. confezioni integre del farmaco denominato …… lotto …….. scadenza …… e <u>relativa prescrizione medica.</u>
Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale.

In fede,
(luogo e data) …….. il ……

Firma dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale

…… …….

Numeri di telefono utili:

tel. genitori ……. …….
tel. delegati ……. …….

tel. medico curante dott. …….. tel. ……..

NB: La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico in corso ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati alla scuola per la durata della terapia. E' compito della famiglia controllare la data di scadenza del farmaco.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

ALLEGATO A/1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO 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 ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO

Cognome …… Nome ……..

nato il …… a ……..

residente a …….. in via …….

frequentante la classe ……. della scuola ……....

sita a …… in via …….

affetto da ……

nome commerciale del farmaco da somministrare: ……

Tipologia del farmaco (barrare la scelta):

● SALVAVITA	● INDISPENSABILE

modalità di somministrazione: …….

orario: 1^ dose ……..; 2^ dose ……; 3^ dose ……; 4^ dose …….

durata della terapia: ……..

modalità di conservazione: …….

capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

parziale autonomia totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare: ……....
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: …….
……...
Dose:
……..
Modalità di somministrazione: ……..
Modalità di conservazione:
…….

Note …….
luogo e data …… il ……..

Timbro e Firma del Medico curante

…….

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

ALLEGATO B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente
Al Personle 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 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 in ultima pagina.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ….....
genitore dell'alunno/a .....
frequentante la classe ..... della scuola .....
consegna agli insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale ..... da somministrare al/alla bambino/a in caso di[1] …..... nella dose ..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data …..... dal dott. .....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

....

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

Il genitore ..... Docenti/personale ATA .....

[1] Indicare l'evento

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personle 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 qualvolta il medicinale sarà terminato (al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (*indicare il luogo della custodia*):…….
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da (*indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni*): ……

....

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

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

Allegato C/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ….....
genitore dell'alunno/a .....
frequentante la classe ..... della scuola .....
consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..…..... nella dose ..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data …..... dal dott. .....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

....

Luogo e data ..... il .....

Il genitore Docenti/personale ATA

_____ _____

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

Allegato D

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti ..... genitori di ..... nato a ..... il ..... residente a ..... in via .....
frequentante la classe ..... della Scuola .....
sita a ..... in Via .....
Essendo il minore effetto da …..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono 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 viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
Acconsentono 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)

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

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ....

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ..... da somministrare in caso di ..... (indicare l'evento) .....
come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato) .....
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:
- una persona per i contatti telefonici:
  - chiama i genitori,
  - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
  - accudisce il bambino
  - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dagli insegnanti di plesso.**
Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

REGISTRO SOMMINISTRAZIONE FARMACO

ALUNNO: …….

classe: ……. plesso ……...

In ottemperanza alla procedura per la somministrazione di farmaco (salvavita o indispensabile) per l'alunno sono stati eseguiti i seguenti interventi:

giorno	ora	tipo intervento	dose	firma leggibile

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 1 "ANNA FRANK"
Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
Via Lorenzoni, 2 - 36075 Montecchio Maggiore (VI) Tel. 0444/696076 C. F. 90003440246 – C. M. VIIC876008
E-mail: viic876008@istruzione.it - Pec: viic876008@pec.istruzione.it - Sito: www.ic1montecchio.edu.it

VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE

(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno per assunzione al protocollo)

In data _____ alle ore _____

l'Insegnante / il collaboratore scolastico _____ dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____

della Scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I grado - Plesso _____

riconsegna/no al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg _____

una confezione di medicinale _____

depositato in data _____ nel caso di somministrazione d'emergenza come da documentazione agli Atti.

Luogo Data _____, __/__ Firma dell'Incaricato

_____

Il/I Genitore/i Sig./S.ra/Sigg. _____

Constata l'integrità della confezione, ritirano il medicinale.

Luogo Data _____, __/__

Il/I Genitore/i L'Incaricato

_____ _____

_____