

ELENCO ALLEGATI PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

- 1. Allegato A RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**
- 2. Allegato B/1 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**
- 3. Allegato C/1 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**
- 4. Allegato B/2 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**
- 5. Allegato C/2 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**
- 6. Allegato D RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI** (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

Allegato A
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Dirigente Scolastico
I.C Secondo Milazzo

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Dichiarano

sulla base delle informazioni assunte dai medici del Servizio Sanitario di
. che il/la proprio/a figlio/a
, affetto da
in caso di crisi come da certificato medico allegato.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici.

Pertanto sollevano

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso gli insegnanti o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento

Genitori

Allegano la documentazione medica specifica contenete:

Diagnosi

Sintomatologia

Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco, e modalità di conservazione dosaggio e modalità di somministrazione)

Accconsentono 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).

Autorizzano il Dirigente Scolastico o suo delegato, ad avere contatti con il medico curante per ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare

Milazzo,

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Il Medico del Servizio (Timbro e firma)

Numeri di telefono utili:

Medico curante

Allegato B/1
AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE
FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/a frequentante la classe

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente Scolastico 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:

Allegato C/1
AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE
FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a frequentante la classe

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente Scolastico 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
Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale
sarà terminato.

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

Allegato B/2**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data _____ alle ore _____ la/il sig. _____
genitore dell'alunno/a _____ frequentante
la classe _____ consegna un flacone nuovo ed integro del medicinale _____
da somministrare al/all'alunno/a in caso
di¹ _____ 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 genitore

Il ricevente

¹ Indicare l'evento

Allegato C/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data _____ alle ore _____ la/il sig. _____ genitore dell'alunno/a
a _____ frequentante la classe _____ consegna alla Sig.ra _____
_____ un flacone nuovo ed integro del medicinale _____ da somministrare all'alunno/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 genitore

Il ricevente

Allegato D
RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

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 auto-somministri**, 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:

Medico curante

Genitori