

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE 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/sezione della Scuola Primaria/Infanzia

plesso.....

sita a..... in Via.....

essendo il minore affetto da patologia che richiede la somministrazione in ambito ed orario scolastico di farmaci,

CHIEDONO

che venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco a scuola come da prescrizione medica allegata, rilasciata

in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale NON sanitario,

AUTORIZZANO

il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, alla

somministrazione del farmaco

SOLLEVANO

la Scuola da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 101/2018.

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



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO DI GIUGLIANO
Via San Rocco, 42 - 80014 Giugliano in Campania (NA) - Tel - Fax 081.506.84.20
Codice meccanografico SIMPI NAEE218002 CF 80103370633
26° DISTRETTO SCOLASTICO
Ambito territoriale 17
E-Mail: naee218002@istruzione.it P.E.C: naee218002@pec.istruzione.it
Sito web: www.3circuitogiugliano.edu.it

Allegato B

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **SALVAVITA**

all'alunno/a frequentante la classe plesso

..... a seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dai Sigg. 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.

Luogo e Data il

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Angela Franco

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. 39/93

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 qual volta 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 **docenti supplenti o supplenti del personale ATA** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dei docenti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Angela Franco

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. 39/93



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO DI GIUGLIANO
Via San Rocco, 42 - 80014 Giugliano in Campania (NA) - Tel - Fax 081.506.84.20
Codice meccanografico SIMPI NAEE218002 CF 80103370633
26° DISTRETTO SCOLASTICO
Ambito territoriale 17
E-Mail: naee218002@istruzione.it P.E.C: naee218002@pec.istruzione.it
Sito web: www.3circologlugliano.edu.it

Allegato C

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **INDISPENSABILE**

all'alunno/a frequentante la classe plesso
..... a seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione
dell'Istituto,

dai Sigg..... 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 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 somministrazione (indicare il luogo della custodia):.....

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:
.....

Luogo e Data il

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Angela Franco

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. 39/93

Per presa visione e conferma della disponibilità

Il Personale incaricato (firma)



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO DI GIUGLIANO
Via San Rocco, 42 - 80014 Giugliano in Campania (NA) - Tel - Fax 081.506.84.20
Codice meccanografico SIMPI NAEE218002 CF 80103370633
26° DISTRETTO SCOLASTICO
Ambito territoriale 17
E-Mail: naee218002@istruzione.it P.E.C: naee218002@pec.istruzione.it
Sito web: www.3circologiugliano.edu.it

Allegato D

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA/INDISPENSABILE

In data alle ore la/il sig.
..... genitore dell'alunno/a
..... frequentante la
classe della scuola consegna ai
docenti 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

I docenti



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO DI GIUGLIANO
Via San Rocco, 42 - 80014 Giugliano in Campania (NA) - Tel - Fax 081.506.84.20
Codice meccanografico SIMPI NAEE218002 CF 80103370633

26° DISTRETTO SCOLASTICO

Ambito territoriale 17

E-Mail: naee218002@istruzione.it P.E.C: naee218002@pec.istruzione.it

Sito web: www.3circologlugliano.edu.it

Allegato E / F

REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA / INDISPENSABILI

PLESSO

ALUNNO/A _____ CLASSE _____ SEZ.

NATO/A a _____ il

NOME DEL FARMACO _____ SCADENZA

LUOGO DI CONSERVAZIONE

Data	Ora	Farmaco somministrato	Dose	Firma somministratore	Note



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 3° CIRCOLO DI GIUGLIANO
 Via San Rocco, 42 - 80014 Giugliano in Campania (NA) - Tel - Fax 081.506.84.20
 Codice meccanografico SIMPI NAEE218002 CF 80103370633
26° DISTRETTO SCOLASTICO
 Ambito territoriale 17
 E-Mail: naee218002@istruzione.it P.E.C: naee218002@pec.istruzione.it
 Sito web: www.3circologlugliano.edu.it

Allegato G
REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA

FARMACO	Scadenza	TIPO DI SOMMINISTRAZIONE	
		Quotidiana	Urgenza

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 alle famiglie.

Firma docente