MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.edu.it

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 ..... della Scuola .....
sita a ..... in Via .....

Essendo il minore effetto da ..... e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, 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 ....

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.edu.it

Allegato B

VERIFICA DISPONIBILITA' PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un allievo nella classe ……. della scuola ……., affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Il personale disponibile potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

Il Personale disponibile alla somministrazione	
Nome e cognome	(firma):

.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

f.to* Dott.ssa Eliana Assunta Valterio

(*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lga.39/93)

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.edu.it

Allegato B/1 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (carta intestata dell'Istituto)

Al Personale Docente
Al Personale 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.

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.edu.it

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 .....

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 qual volta il medicinale sarà terminato[1].
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione[2]:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da[3]:

.....

.....

.....

.....

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

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

[1]. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

2. Indicare il luogo della custodia

[3]. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.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 alle 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 I docenti
....

1 Indicare l'evento

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.edu.it

Allegato C/2 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE NDISPENSABILE

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. .....

- 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 _____

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.edu.it

Allegato D RICHIESTA DI AUTO-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 ..... 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:
Pediatra di libera scelta/medico curante .....
Genitori ....

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI – G. RODARI"
Viale De Chirico, 3 – 04100 LATINA ☎ 0773/625359 - 0773/601500
✉ ltic84800t@istruzione.it ✉ LTIC84800T@pec.istruzione.it
CODICE MECCANOGRAFICO: LTIC84800T - C. F. 91124330597
Sito INTERNET: www.icdavincirodari.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 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.

1) **orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:**
   a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
   b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
   c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco

d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

2) **orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno**:
   a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
   b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
   c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
   d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

3) **orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno**:
   a) un'insegnante soccorre il/la bambino/a
   b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
   c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
   d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

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 dalle insegnanti di plesso.**
Per la segnalazione della situazione di emergenza verranno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
f.to* Dott.ssa Eliana Assunta Valterio
(*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lga.39/93)