

SOMMINISTRAZIONE

DI FARMACI A SCUOLA

In ambito scolastico vengono somministrati dagli Operatori scolastici solo farmaci cosiddetti "salvavita" (cfr. Raccomandazione dei Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca del 25.11.05 e Protocollo d'Intesa tra CSA di Venezia e Direttori Generali delle Aziende ULSS 10, 12, 13, 14 della Provincia di Venezia, prot. 1142 del 28.09.06).

Per la somministrazione di un farmaco "salvavita" è necessario attenersi alla seguente procedura:

Il genitore/tutore:

1. inoltra la richiesta / autorizzazione per la somministrazione del farmaco "salvavita" alla Direzione Scolastica contestualmente alla presentazione della prescrizione del Medico di Famiglia o del Pediatra di Famiglia.
2. fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze.
3. fornisce il farmaco, tendendo nota la data della scadenza.

Il Dirigente Scolastico:

1. autorizza la somministrazione del farmaco una volta acquisita la documentazione del genitore/tutore.
2. individua il personale che offre la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco.
3. organizza momenti formativi/informativi per il personale scolastico docente e non docente con il Pediatra di Comunità dell'Ulss (richiesta con fax alla Pediatria di Comunità 041.5294003).
4. garantisce la corretta conservazione del farmaco.

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

Io sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sezione _____
della scuola d'infanzia / primaria / secondaria _____

chiedo

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco _____

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco "salvavita" e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Data _____

firma del/i genitore/i

firma del Dirigente Scolastico

Reperibilità tel. _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al **Dirigente Scolastico**.

Essa ha **validità per l'anno scolastico corrente** e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di Libera Scelta o Medici di Medicina Generale)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
IN AMBITO SCOLASTICO
(Adrenalina/Diazepam/Salbutamolo/Glucagone)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

**PATOLOGIA PRESENTATA DALL'ALUNNO/A PER CUI VIENE RICHIESTA LA
SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

.....
...

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE

MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

SCHEDA PERSONALE

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE DI "FARMACO SALVAVITA"

nome bambino/a.....

classe/sezione.....

reperibilità telefoniche dei genitori/tutori o altri (specificare)

.....

.....

- Isolare il/la bambino/a dagli altri alunni
- Un operatore procura e somministra il farmaco
- Un operatore CHIAMA il 118 e telefona ai/al Genitore

comunicando:

sono(qualificarsi) della scuola

indirizzo della scuola

il/la bambino/a.....

affetto da.....

ha i seguenti sintomi.....

.....(dare agli operatori del 118 più informazioni possibili)

Farmaco prescritto.....

(tipo, dose, via di somministrazione)

IMPORTANTE

Il presente cartello deve essere esposto in luogo facilmente accessibile a tutto il Personale della scuola e quanto più rispettoso possibile della privacy del/la bambino/a