



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS RAGUSA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE/SALVAVITA

I sottoscritti genitori/tutori di
..... nato a il..... Residente
a in via n. frequentante la classe
..... sez. plesso della Scuola sita a
..... Via n. essendo il minore affetto da
..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

- Consapevole/i del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dall' dell'Azienda USL
..... dal Dott. , in data /..... /

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia (segnare una sola casella)

- di poter accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a**
- che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico (oppure)
- che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico
- Nel caso di unico genitore / esercente la potestà genitoriale

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiara di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Di comune accordo esprimiamo/esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico in attesa dell'intervento degli operatori del 118 e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra/mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra/mia cura, inoltre, a provvedere e rinnovare la documentazione al variare della posologia e comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento

Comunichiamo/comunico i numeri di telefono utili di famiglia / medico di medicina generale /centro specialistico

Genitori/Genitore

Medico di medicina generale

Eventuale centro specialistico

A tal fine acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e all'art. 13 GDPR 679/16.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “GALILEO FERRARIS RAGUSA

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

Lo stato di malattia dell'alunno/a nato a

in data/...../..... residente in Codice Fiscale

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
 - salvavita (oppure)
 - indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

- che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.
- il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Si rilascia al genitore dell'alunno/a su sua richiesta.

Luogo Data /..... /.....

In fede Timbro e Firma del Medico

.....



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS
RAGUSA**

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

Principio attivo del farmaco

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina (h.) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo)..... dose

Pomeriggio (h.) dose

Modalità di somministrazione del farmaco

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione del farmaco

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco: Sì No

A) Nome commerciale del farmaco **salvavita**.

Principio attivo del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco: Sì No

Necessità il personale disponibile di un formazione generica per la somministrazione fornita da me medesimo

Sì No

Necessità il personale disponibile di una formazione specifica per la somministrazione fornita da parte della Azienda USL

Sì No

In fede

Luogo Data/...../.....

Timbro e Firma del Medico

.....



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS RAGUSA

AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

Alla Squadra di Primo Soccorso

Al Personale Docente

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaci salvavita e/o indispensabile

All'alunno/a frequentante la classe sezione
plesso scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i

Sig..... per il/la
figlio/a relativa alla
somministrazione del farmaco, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano
di intervento PIP:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del
medicinale..... da somministrare 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 o scaduto (al momento della consegna sarà stilato il verbale di consegna)
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la
somministrazione (indicare il luogo)
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno/a, dopo aver verificato nome, scadenza, dose e orario di
somministrazione del farmaco con quanto riportato nella certificazione medica allegata, da (indicare il nominativo
del personale disponibile)

Se trattasi di farmaco salvavita, il personale incaricato si atterrà al piano di emergenza indicato nel protocollo
sicurezza L. 81/08 e chiamerà il 112.

Luogo Data

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il personale incaricato (firma)

.....

.....



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS
RAGUSA**

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO "PIP"

Prot. n. _____ del ____/____/____

Alla Famiglia dello studente/essa _____

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti/Docenti della classe

Al Fascicolo personale dell'alunno

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato "PIP" per la (auto)somministrazione del/i
farmaco/i in orario scolastico allo studente/essa _____

I sottoscritti:

DS _____

Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

medico di medicina generale Dott. _____

Vista la richiesta di somministrazione farmaci con autorizzazione presentata dal

Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e
Nome) _____, nato/a a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in Via _____,
che frequenta la classe ____ sez _____ del Plesso _____

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata in data
____/____/____ dal:

Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

medico di medicina generale Dott. _____

nella quale si attesta l'assoluta necessità, in orario scolastico, di somministrazione
il farmaco (nome commerciale/principio attivo) _____
da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso
di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica
da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi

in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde):

- salvavita
- indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a:

- somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/l'ha predetto/a studente/essa;
- ad assistere lo studente/essa nella autosomministrazione del farmaco; secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali/luoghi idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare

Visti gli attestati/atti di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'ASP/formazione ricevuta in materia, che sono parte integranti del presente documento;

DISPONGONO

- ↳ Che il farmaco venga consegnato dal Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa al responsabile incaricato Sig./Sig.ra
- ↳ che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale/luogo:
- ↳ che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- ↳ che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.);
- ↳ Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico.

Firma

Il Dirigente Scolastico Per l'ASP Il Medico Dott.

Il sottoscritto Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa
(Cognome e Nome) _____ nato/a a _____

il ___/___/___ e residente a _____ in Via _____
che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Viste le determinazioni assunte dal DS _____ e dal

Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP _____

medico di medicina generale Dott. _____

con la presente:

- esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;
- si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

Luogo e data _____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS
RAGUSA**

Spett.le

medico di medicina generale Dott.

Oggetto: Richiesta formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco di cui alla Certificazione medica con Attestazione e Piano Terapeutico.

Ai sensi della normativa vigente;

Vista la richiesta del Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa
(Cognome e Nome) _____ nato/a a _____

il ___/___/_____ e residente a _____ in Via _____

che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegato alla richiesta;

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione;

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, si porgono distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “GALILEO FERRARIS
RAGUSA**

Spett.le

A tutti Docenti
Al Personale Ata
Al Sito web

Oggetto: Verifica disponibilità interna alla somministrazione di farmaci salvavita.

In considerazione del fatto che un alunno/a (iniziali) frequentante la classe
sez nella sede è affetto/a da patologia necessitante, in tempi
estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili,

si chiede

a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà
attivata se necessaria un'apposita “formazione in situazione”.

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo Soccorso la
disponibilità è già insita nell'incarico, deve comunicare la propria disponibilità
compilando il seguente modulo denominato “Allegato 7”.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____*

(*) Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS
RAGUSA**

Spett.le
Dirigente Scolastico del

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di Docente Collaboratore scolastico, formato al primo soccorso, considerata la richiesta del Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il ___/___/___ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e posta agli atti della scuola.

Luogo e data _____

Firma



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS" RAGUSA

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare

all'alunno/a

In data _____ alle ore _____ la/il sig./sig.ra _____

genitore dell'alunno/a (oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a _____

nato/a a _____ il ___ / ___ / _____ e residente a _____

iscritto alla classe _____ sez. _____ dell'Istituto _____

consegna all'incaricato Sig./Sig.ra _____

individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. n. _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1. _____

2. _____

da somministrare all'alunno/a come da

Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ___ / ___ / ___ dal:

Azienda USL _____

medico di medicina generale dott. _____

genitore dell'alunno/a (oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

- nel seguente luogo: _____
- con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico o al termine del periodo di somministrazione e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna, inoltre, a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ___ / ___ / _____

Firma del genitore/esercente la potestà genitoriale

Firma dell'incaricato



**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS
RAGUSA**

VERBALE RESTITUZIONE DEI FARMACI

In data..... alle ore....., il docente / il Coll. Scol.....
dell'alunno/a..... frequentante la classe..... sez..... della Scuola
di..... riconsegna/no al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg.....
una confezione di medicinale depositata in
data (vedi modello b) 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 _____



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "GALILEO FERRARIS" RAGUSA

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI

(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita")

VERIFICATESI NELL'ANNO SCOLASTICO _____

NEL PLESSO DI VIA _____

DATA E ORA _____

ALUNNO _____

SITUAZIONE _____

INTERVENTO EFFETTUATO DAL PERSONALE SCOLASTICO _____

FIRMA OPERATORE SCOLASTICO _____