**Allegato 1**

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti .............................................................................

e …………………………………………………………………….

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a ......................................................................…………………

frequentante la classe ............ della scuola.........................................................................................................

nell'anno scolastico........................, affetto da……………………….........…………………………………………...................….

e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………… dal Dott. …………………………………………………

**CHIEDONO**

(Barrare la voce che interessa)

* di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
* di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d’ora l’intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
* che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
* L’affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

### Si consegnano n.\_\_\_\_\_\_\_ confezioni integre del farmaco denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

### Lotto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e relativa prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Numeri di telefono utili:**  Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell …………………………..  Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell ………………………….  Tel. medico curante Dott. ....................................................................................... tel. ……………………… |

|  |
| --- |
| NB:  La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.  I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia. |

**Allegato 2**

### PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

***Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità***

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL’ALUNNO

Cognome…………………………………………………………… Nome .................................................................................... Nato il. ............................................... a.....................................................................................................................

Residente a ...............................................................................................................................................................

In via............................................................……………………………………………………………………………………………………...... Frequentante la classe……………………………… della scuola………………………………………………………………………………… sita a ……………………………………………………. in Via …………………………………………………………………………………………….

Affetto da ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nome commerciale del farmaco da somministrare**: ...............................................................................................

**Tipologia del farmaco**: (barrare la scelta):

**🞎 Salvavita 🞎 Indispensabile**

**Modalità di somministrazione:** ................................................................................................................................

**Orario:** 1^ dose ............................; 2^ dose………………………; 3^ dose………………………;

4^ dose……………………………;

**Durata della terapia:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………...…

**Modalità di conservazione:**

……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco** (barrare la scelta):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **🞎 Parziale autonomia** | | **🞎 Totale autonomia** |
| **Terapia d’urgenza**  Nome commerciale del farmaco da somministrare: …………………………………………………....................................  Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dose: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Modalità di somministrazione: .........................................................................................................................  Modalità di conservazione: ............................................................................................................................. | | |

**Note……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

(Luogo e Data) ................................ il ...................

**Timbro e Firma del Medico curante**

**……………………………………………………………..**

**Allegato 3**

**DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell’alunno………………………………………, con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato 4**

**VERIFICA DISPONIBILITA’ DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

A tutto il Personale

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

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente, se necessario e richiesto dal personale interessato, richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita “formazione in situazione”.

Il personale disponibile, fermo restando che secondo il parere della Procura della Repubblica di Treviso per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell’incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco, che si attiene alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso, è sollevata da ogni responsabilità penale e civile derivante da tale intervento

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

(Luogo e Data) ................................ il ................... Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato 5**

**autorizzazione AL PERSONALE DISPONIBILE per somministrazione farmaci**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaci:

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

dal/i Sig. ................................................................................................................................................

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

* somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
* assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all’alunno/a ..........................................................................................................................................

scuola ..................................................................................... classe ....................... sez. ....................

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l’alunno nell’auto-somministrazione, con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

........................................................................... .........................................................................

(Luogo e Data) ................................ il ........................

Il Dirigente Scolastico………………………………………………………..

**Allegato 6**

**REGISTRO SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

In ottemperanza alla procedura per la somministrazione di farmaco (salvavita o indispensabile) per l’alunno:

………………………………………….………………………………………………………………………………….. classe ………… sezione ……

sono stati eseguiti i seguenti interventi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| giorno | ora | Tipo intervento | dose | Firma leggibile |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Allegato 7**

**Piano di azione per farmaco salvavita**

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

dal/i Sig. ................................................................................................................................................

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

* somministrazione di farmaco salvavita
* assistenza auto - somministrazione farmaco salvavita

all’alunno/a ..........................................................................................................................................

scuola ..................................................................................... classe ....................... sez. ....................

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Premesso che:

* Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
* 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) ...................................................................................

Qualora dovesse presentarsi la situazione emergenziale che richiede la somministrazione del farmaco, 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.

Il personale presente provvede a chiamare o far chiamare il personale resosi disponibile alla somministrazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

• il personale che ha dato l’allarme per i contatti telefonici:

* provvede a chiamare i genitori,
* informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

• personale resosi disponibile per la somministrazione:

* accudisce il bambino
* somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l’apposito protocollo sanitario.

(Luogo e Data) ................................ il ................... Il Dirigente Scolastico

...................................................................