

Modulistica per malattie degli alunni

AUTOSOMMINISTRAZIONE/SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

La presenza di farmaci a scuola è consentita in due diverse situazioni: la somministrazione e l'autosomministrazione

LA SOMMINISTRAZIONE

In ambito scolastico devono essere somministrati farmaci solo nei casi in cui vengano soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- a) effettiva, **assoluta necessità** come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute (convulsioni, allergia con rischio di shock anafilattico, diabete giovanile)
- b) **somministrazione indispensabile** in ambito scolastico, indicata dal medico curante
- c) **non discrezionalità** da parte di chi somministra il farmaco in relazione ai tempi, posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- d) **Presenza di personale non sanitario addestrato** in loco da parte dell'AAn.6

Compete ai genitori:

- richiedere formalmente la somministrazione compilando l'apposito modello
- fornire la documentazione sanitaria necessaria con la prescrizione medica
- fornire il farmaco in busta apribile recante ben visibile etichetta con nome cognome alunno e numeri telefonici dei genitori-persone di riferimento
- collaborare all'informazione/formazione del personale

L'AUTOSOMMINISTRAZIONE

Vista la maggior autonomia degli studenti nella fascia di età compresa **tra i dodici e i diciassette anni**, si conviene sulla possibilità di prevedere per questi l'autosomministrazione dei farmaci autorizzati dalla famiglia secondo il protocollo d'intervento concordato dal Dirigente Scolastico con il responsabile del Dip. Di Prev.

Compete ai genitori:

- richiedere formalmente l'autosomministrazione compilando l'apposito modello
- fornire la documentazione sanitaria necessaria con la prescrizione medica
- fornire dichiarazione personale sul grado di maturità e abitudine all'autosomministrazione dello studente

Si ricorda che:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico/sostituto in segreteria.

Essa ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la **durata 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 tutta la durata della terapia, comunque andranno ritirati alla fine dell'anno scolastico.

Sarà cura del genitore/tutore controllare la scadenza del farmaco e sostituirlo.

Tutti i certificati medici -salvo diversa indicazione- hanno validità annuale.

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Anno scolastico _____

I sottoscritti:

1- _____

residente in via _____ n. _____ città _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

2- _____ (residenza, ... da indicare se diversi dal
genitore 1)

residente in via _____ n. _____ città _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

genitori di _____ nato/a a _____ il

____/____/____

frequentante per l'anno scolastico 20____/20____ la classe _____ sezione _____

scuola _____ plesso _____

Chiedono

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da **prescrizione medica allegata.**

Autorizzano, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

la possibilità che lo stesso si somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da **prescrizione medica allegata. (solo se maggiore di dodici anni)**

Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Note

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

Essa ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.

Sarà cura del genitore/tutore controllare la scadenza del farmaco e sostituirlo.
Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali, si autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente scheda ai fini dell'attivazione delle procedure conseguenti.

Data.....

Firma dei genitori/tutori

.....

.....

Firma del dirigente scolastico

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO
E MODALITA' DI COMUNICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE (D. Lgs.
N.196/2003)

I sottoscritti:

1

residente in via _____ n. _____ città _____

recapito telefonico _____

cellulare _____

2

(residenza, ... da indicare se diversi dal genitore 1)

residente in via _____ n. _____ città _____

recapito telefonico _____

cellulare _____

DICHIARANO

in qualità di esercenti la patria potestà/ legale rappresentante legale del minore:

nato/a a _____ il _____
/_____/_____

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario
- di manifestare il consenso al trattamento dei dati personali/sensibili relativi al proprio/a figlio/a senza cui non potranno essere attivate le procedure

conseguenti.

RICHIEDONO

che le informazioni sullo stato di salute del proprio figlio, contenute nel piano vengano fornite alle seguenti persone:

Dirigente Scolastico

Insegnanti

Personale ATA

Altri (specificare) _____

Il titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo di Pasiano.

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. 196/2003

Pasiano di Pordenone, _____

Firma dei genitori/tutori

FACSIMILE CERTIFICATO MEDICO
(Protocollo Ass6 Usr Ambito territoriale provincia di Pordenone)
(su carta intestata del medico)

Premesso che:

- a) c'è effettiva, assoluta necessità di somministrazione del farmaco, a causa di patologie croniche e/o di particolari patologie acute (convulsioni, allergia con rischio di shock anafilattico, diabete giovanile,...);
- b) si rende indispensabile la somministrazione in ambito scolastico;
- c) non c'è discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco in relazione a tempi, posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- d) la somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario addestrato in loco da parte dell'AA.n.6;

si prescrive per il minore _____
(_____/_____/____)

farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

_____, _____

Firma e timbro del medico

FAC SIMILE CERTIFICATO MEDICO
(Protocollo Ass6 Usr Ambito territoriale provincia di Pordenone)
(su carta intestata del medico)

Premesso che

la terapia farmacologica di seguito specificata può essere assunta tramite autosomministrazione si prescrive per il minore _____
(____/____/____)

Il farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Firma e timbro del medico
