Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana
Distretto Socio Sanitario n. 4

SERVIZIO TUTELA PRIMA INFANZIA

Tel. 041634215
Fax. 0415010266
e-mail: dist4serviziotutelaprimainfanzia@ulss12.ve.it

SOMMINISTRAZIONE DI

FARMACI A SCUOLA

In ambito scolastico vengono somministrati dagli Operatori scolastici solo farmaci cosiddetti "salvavita". (cfr. Raccomandazioni 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 un "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, tenendo nota della scadenza.

Il Dirigente Scolastico :

1. autorizza la somministrazione del farmaco una volta acquisita la documentazione dal 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 al Servizio Tutela Prima Infanzia 041-5010266)
4. garantisce la corretta conservazione del farmaco.

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a_____
data di nascita_____
frequentante la classe_____sezione____
della scuola _____

chiede

► **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 somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Firma del/i genitore/i Firma del Dirigente Scolastico

_____ _____

_____

Reperibilità tel. _____
_____

Data _____

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Non sono necessarie riconferme annuali, salvo motivate esigenze in relazione all'eventuale evoluzione della patologia e cambiamento di dosaggio.

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

COGNOME…….

NOME…….……..

DATA DI NASCITA……...

PATOLOGIA PRESENTATA……

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO……...

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE ……...

DOSE…….…

Data…… TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana
Distretto Socio Sanitario n. 4

SERVIZIO TUTELA PRIMA INFANZIA

Tel. 041634215
Fax. 0415010266
e-mail: dist4serviziotutelaprimainfanzia@ulss12.ve.it

INFORMATIVA SULLA PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE DI "FARMACO SALVAVITA"

I sottoscritti Operatori scolastici della scuola ..……..……..……

VISTO

il Protocollo d'Intesa tra CSA di Venezia e Direttori Generali delle Aziende Ulss 10,12,13,14 della Provincia di Venezia, prot. 11427 del 28.09.2006 e le Raccomandazioni sottoscritte dal Ministero della salute e dell'Istruzione in data 25.11.2006 in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico

DICHIARANO

di aver partecipato all'incontro informativo sulle procedure per la somministrazione del farmaco per gli alunni:

Nome e Cognome	classe	Farmaco
……	……	…….
……	……	…….
……	…….	……..
……	…….	……..

Venezia, …….

firma degli Operatori Scolastici

……..……..……..……

……..……..……..……

il/la Pediatra di Comunità

……..……..……..……

……..……..……..……..

……..……..……..……

..……..……..……..……

……..……..……..……..

……

……..

Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana
Distretto Socio Sanitario n. 4

SERVIZIO TUTELA PRIMA INFANZIA

Tel. 041634215
Fax. 0415010266
e-mail: dist4serviziotutelaprimainfanzia@ulss12.ve.it

SCHEDA PERSONALE

Nome bambino/a ……..……

classe/sezione ……..……

reperibilità telefoniche dei genitori/tutori o altri (specificare)

……..……

……..……..

.....

CHIAMARE il 118 comunicando:

Sono (qualificarsi) **della scuola** ……..……..…….....

indirizzo …….…… **telefono**.....

Il/la bambino/a …….……..……

affetto da ……..

ha i seguenti sintomi ……...

……..(dare agli operatori del 118 più informazioni possibile)

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 della privacy del bambino/a