



ISTITUTO COMPRENSIVO "CAPUANA - PARDO"

Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetro (TP)

Cod. Fisc. 81000390813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 528762- 901100

E - mail: tpic815003@istruzione.it

URL: www.iccapuanapardo.edu.it

Ai docenti

Ai genitori dell'istituto "Capuana-Pardo"

Al personale ATA

Sito web

Agli atti

A.S. 2020/2021

Circ. n. 18

OGGETTO: INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA ED EMERGENZA SANITARIA

La somministrazione dei farmaci cosiddetti "salva-vita", regolata dalla circolare MIUR del 25/11/2005 e dalla legge numero 104/ 92, deve essere formalmente richiesta dai genitori all'Istituto scolastico, che autorizza la somministrazione a fronte della presentazione di una certificazione medica del SSN- ASL, corredata da prescrizione specifica dei farmaci da assumere: conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia.

In caso di necessità di somministrazione del farmaco "salva-vita" si precisa che:

1. La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario (per le quali interverrebbe l'operatore sanitario specializzato del Pronto Soccorso).
2. Il personale dipendente dall'Istituto scolastico che offre la propria disponibilità alla somministrazione, in caso di necessità, è sollevato da qualsiasi responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione, se effettuata secondo le modalità previste dal medico curante e indicate nelle istruzioni e nelle istruzioni allegate al farmaco.

3. La somministrazione del farmaco è indifferibile nel tempo perché la sua mancata attuazione entro pochi minuti potrebbe provocare la morte del minore ed in quel caso si ravvisa per gli eventuali presenti il reato di omissione di soccorso.

Si precisa che altri eventuali farmaci, anche i generici, non possono essere somministrati se non accompagnati da quanto sopra descritto (richiesta dei genitori, prescrizione medica e autorizzazione del DS); in caso di necessità o somministrazioni frequenti, la documentazione può essere, però, consegnata dal genitore ad inizio anno scolastico con validità annuale. In caso di emergenza, in particolare se l'infornato è un minore e non siamo in grado di valutare la gravità del caso, è obbligatorio allertare il SSN tramite il numero unico di emergenza:

EMERGENZA SANITARIA: 118

Si ricorda che in attesa dei soccorsi, che saranno attuati solamente dal personale medico o paramedico, il ferito non deve essere mai mosso o spostato.

La somministrazione di farmaci "salva-vita" in orario scolastico, deve essere richiesta dai genitori degli alunni, attraverso la posta istituzionale, utilizzando apposito modulo disponibile in allegato.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Anna Vania Stallone

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO
SCOLASTICO
DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti.....
genitori di nato
a..... il residente
a in via..... frequentante la
classe della Scuola sita a
..... in via.....

Essendo il minore affetto da e
constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario
scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in
data..... dal Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale
non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i
dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

- Genitori

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome.....
Nome.....
Data di nascita

Residente a in via
.....

Telefono

Classe della Scuola
.....
sita a in via
.....

Dirigente Scolastico

FARMACO DA SOMMINISTRARE

Nome commerciale del farmaco
.....

Modalità di somministrazione

Dose

Orario:

Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico-.....)
dal..... al.....

Terapia di mantenimento:
.....
.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco:

.....

Note

.....
.....

Data

Timbro e firma del Medico

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti _____
Genitori/Tutori dell'alunno/a _____
Frequentante la classe/sezione ____ della scuola _____
Nell'anno scolastico _____
Telefono fisso _____
telefono cellulare _____
Telefono di _____
Vista la specifica patologia dell'alunno/a: _____

COMUNICA CHE IL PROPRIO/A FIGLIO/A

a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata si autosomministri il seguente farmaco _____.

- **Allega prescrizione/certificazione redatta dal** _____
- **Consegna farmaco specifico** _____
- **Farmaco con scadenza** _____

Farmaco con scadenza _____ (di cui dichiaro di tenere nota io stesso per provvedere in tempo alla sostituzione).

Data _____

FIRMA di entrambi i genitori _____

N.B. La prescrizione/certificazione del Medico deve specificare

1. il nome dell'alunno;
2. la patologia dell'alunno;
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci;
4. le modalità di somministrazione del farmaco;
5. la dose da somministrare;
6. la modalità di conservazione del farmaco;
7. gli eventuali effetti collaterali.