

## SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

(PROTOCOLLO DI INTESA stipulato tra ASL CE - DISTRETTO SANITARIO 17 e UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE – AMBITO TERRITORIALE DI CASERTA il 25 /03/2015)

### LEGENDA

A cura dei genitori :

- ALLEGATO n. 2 RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
- ALLEGATO n. 3 RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
- ALLEGATO n. 4 PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
- ALLEGATO n. 5 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE/SALVAVITA

A cura della Scuola :

- ALLEGATO n. 6 PRESA VISIONE E DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
- ALLEGATO n. 7 REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI INDISPENSABILI
- ALLEGATO n. 8 REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA
- ALLEGATO n. 9 REGISTRO DEI FARMACI IN CUSTODIA C/O LA SCUOLA
- ALLEGATO n. 10 SCHEDA "RIEPILOGO"

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

Scuola \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

CHIEDONO

Che venga somministrato allo stesso/a il farmaco a Scuola come da prescrizione medica allegata

AUTORIZZANO

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, alla somministrazione del farmaco

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa del farmaco. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 \_\_\_\_\_ n. 2 \_\_\_\_\_

n. 3 PLS Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

Scuola \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

CHIEDONO

che il minore, in ambito scolastico, si autosomministri il farmaco con la vigilanza del personale scolastico, come da allegata prescrizione ed autorizzazione medica

AUTORIZZANO

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, a vigilare alla auto-somministrazione del farmaco di cui sopra

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla auto-somministrazione del farmaco. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 \_\_\_\_\_ n. 2 \_\_\_\_\_

n. 3 PLS Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
(Pediatria di libera scelta)  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

affetto/a da \_\_\_\_\_

NECESSITA della somministrazione in ambito e in orario scolastico da parte del personale scolastico non sanitario, docente e non del seguente farmaco/i :

<b>QUOTIDIANAMENTE</b>
Nome commerciale: _____
Modalità di somministrazione _____ Orario _____ Dose _____
Insulina : Orario.....1° dose..... Orario..... 2° dose..... Orario..... 3° dose.....
Durata terapia _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

☆ ☆
<b>URGENZA</b> che si manifesta con la seguente sintomatologia _____
Nome commerciale: _____
Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

TIMBRO E FIRMA del PLS

Data \_\_\_\_\_









**VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE  
INDISPENSABILE / SALVAVITA**

SCUOLA.....

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Il Sig./ra \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

consegna al Referente/i individuato/i dal D.S. ,che firma/firmano in calce,

n.1 confezione nuova,integra, in corso di validità,del medicinale/i :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente,rilasciata

dal Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**SI IMPEGNANO**

a rifornire la scuola di una nuova confezione con i requisiti suddetti, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e comunicare tempestivamente ogni variazione del trattamento.

- La famiglia è sempre disponibile e prontamente reperibile ai seguenti numeri telefonici :

\_\_\_\_\_

PLS Dott. \_\_\_\_\_

GENITORI \_\_\_\_\_

REFERENTE \_\_\_\_\_

REFERENTE \_\_\_\_\_



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA



Ufficio Scolastico  
Regionale per la  
Campania

Ambito Ter. di Caserta

PROTOCOLLO D'INTESA  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

2015/2016 DS. Comune di \_\_\_\_\_

ISTITUTO STATALE PARITARIO

	diabete	crisi conv.	allergie	altro
Sc. Materna n. Plessi tot. bambini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sc. Infanzia tot. alunni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sc. S. I Grado tot. alunni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data

Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_