

| SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO STATALE PER CIECHI VIVAIO  Viale D’Annunzio,15 – 20123 Milano Tel. 02/88440334  e-mail: [mimm11300b@istruzione.it](mailto:mimm11300b@istruzione.it) [mimm11300b@pec.istruzione.it](mailto:mimm11300b@pec.istruzione.it)  [www.scuolavivaio.edu.it](http://www.scuolavivaio.edu.it/) - codice fiscale 80128150150 - Distretto 74 |
| --- |

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

*(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare alla Dirigente Scolastica tramite la Segreteria)*

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

* Essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità, **chiedono** la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco..……………………………, come da allegata autorizzazione e prescrizione medica rilasciata in data .............................................................. dal dott. (medico o pediatra di famiglia/specialista operante nel SSN)….....................................................................................................
* **Autorizzano** contestualmente il personale scolastico identificato dalla Dirigente Scolastica alla somministrazione del farmaco e, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale **non** **sanitario**, **sollevano** lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
* **Si impegnano** a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o delle modalità di somministrazione del farmaco
* **Acconsentono** al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Milano, ……./……./……….

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

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

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

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................…………..

Genitori ...................................................................................................



| SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO STATALE PER CIECHI VIVAIO  Viale D’Annunzio,15 – 20123 Milano Tel. 02/88440334  e-mail: [mimm11300b@istruzione.it](mailto:mimm11300b@istruzione.it) [mimm11300b@pec.istruzione.it](mailto:mimm11300b@pec.istruzione.it)  [www.scuolavivaio.edu.it](http://www.scuolavivaio.edu.it/) - codice fiscale 80128150150 - Distretto 74 |
| --- |

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data .......... alle ore .......... la/il sig. …............................................................................................... genitore dell'alunno/a ............................................................................................................. frequentante la classe ......... della scuola .......................................................................................... consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale ........................................................................................................... da somministrare al bambino/alla bambina in caso di\*............................................................................ nella dose……………… .............................................. come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data …............ dal dott. ..................................................

Il genitore:

∙ autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso

∙ autorizza che sulla confezione del farmaco venga scritto il nome del/la proprio/a figlio/a

∙ provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici: ......................................... ........................................

Milano, ……./……./……….

Il genitore

Le insegnanti ......................................................

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

\*Indicare l'evento



| SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO STATALE PER CIECHI VIVAIO  Viale D’Annunzio,15 – 20123 Milano Tel. 02/88440334  e-mail: [mimm11300b@istruzione.it](mailto:mimm11300b@istruzione.it) [mimm11300b@pec.istruzione.it](mailto:mimm11300b@pec.istruzione.it)  [www.scuolavivaio.edu.it](http://www.scuolavivaio.edu.it/) - codice fiscale 80128150150 - Distretto 74 |
| --- |

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

Al Personale Docente

Al Personale ATA

**Oggetto**: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita all’alunno/a .................................................................................. frequentante la classe .....................sezione........................ scuola .......................................................................................................

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i Sig. .................................................................................................................... per il/la figlio/a .......................................................................................................................... relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, la Dirigente Scolastica individua per la somministrazione del farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

Milano, ……./……./……….

Per presa visione e conferma della disponibilità:

| Personale Docente (nome e cognome) | Firma |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Personale ATA (nome e cognome) | Firma |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



| SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO STATALE PER CIECHI VIVAIO  Viale D’Annunzio,15 – 20123 Milano Tel. 02/88440334  e-mail: [mimm11300b@istruzione.it](mailto:mimm11300b@istruzione.it) [mimm11300b@pec.istruzione.it](mailto:mimm11300b@pec.istruzione.it)  [www.scuolavivaio.edu.it](http://www.scuolavivaio.edu.it/) - codice fiscale 80128150150 - Distretto 74 |
| --- |

**PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA**

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ........................................................................................................................................... da somministrare in caso di ..................................... (indicare l'evento) ........................... ........................................................................................................................................... come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

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) ..........................................................................

Nel caso al bambino/a.............................................. dovesse presentarsi l'evento predetto 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. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

• una persona per i contatti telefonici: - chiama i genitori, - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

• una persona per la somministrazione: - accudisce il bambino - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l’apposito protocollo sanitario.

NB: IL FARMACO SALVAVITA DEVE ESSERE SEMPRE A PORTATA DI MANO DEL PERSONALE SCOLASTICO CHE HA IN CUSTODIA L’ALUNNO/A. PREVEDERE BORSINA DA TENERE A TRACOLLA DURANTE GLI SPOSTAMENTI (COMPRESI I MOMENTI DI USCITA DA SCUOLA)

**1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato.

b) il collaboratore scolastico accorre, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco

d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**2) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:**

a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a

b) il collaboratore scolastico accorre, porta gli altri bambini in un’altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco

d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

a) un’insegnante soccorre il/la bambino/a

b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori

c) il collaboratore scolastico accorre, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

∙ Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso

∙ Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti



| SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO STATALE PER CIECHI VIVAIO  Viale D’Annunzio,15 – 20123 Milano Tel. 02/88440334  e-mail: [mimm11300b@istruzione.it](mailto:mimm11300b@istruzione.it) [mimm11300b@pec.istruzione.it](mailto:mimm11300b@pec.istruzione.it)  [www.scuolavivaio.edu.it](http://www.scuolavivaio.edu.it/) - codice fiscale 80128150150 - Distretto 74 |
| --- |

**INDICAZIONI OPERATIVE PER L’ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

La famiglia deve consegnare:

 -**certificazione medica** che attesti la necessità della somministrazione, indicazioni precise su patologia e primo soccorso in caso di crisi, tempistiche di azione per la somministrazione del farmaco. Si ricorda, pertanto, che  che nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

∙ stato di malattia dell'alunno

∙ prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare che si tratta di farmaco salvavita ;

∙ l'assoluta necessità;

 ∙ la somministrazione indispensabile in orario scolastico

∙ la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

∙ la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

*Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile*:

 ∙ nome cognome dello studente;

∙ nome commerciale del farmaco;

∙ descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;

∙ dose da somministrare;

∙ modalità di somministrazione del farmaco;

∙ i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli

∙ modalità di conservazione del farmaco;

∙ durata della terapia.

-**richiesta da parte dei genitori di somministrazione farmaco salvavita**

A documentazione ricevuta:

Contattare il seguente ente via mail e comunicare **solo per conoscenza** l’attivazione del protocollo (l'autorizzazione alla somministrazione del farmaco non è più necessaria da parte dell'ASST dal 2018 come da delibera n° 3784 - 17/04/2018):

Integrazione Attività Sanitarie

AREA TERRITORIALE

Via Ricordi,1 – 20131 Milano

Tel 02 6363 4913

Via Oglio 18 – 20139 Milano  
Tel 02 6363 4914  
  
[at.sanitario@asst-fbf-sacco.it](mailto:at.sanitario@asst-fbf-sacco.it)

[protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it](mailto:protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it)