



ISTITUTO COMPRENSIVO "L. Ghiberti"
Scuole dell'Infanzia, Primarie, Secondaria di 1° grado
Via di Scandicci, 20 -50143- Firenze
Tel.055/710160 -Fax 055/708301 C.F. 94135770488 - C.M FIIC84200V
e-mail: FIIC84200V@PEC.ISTRUZIONE.IT- fiic84200v@istruzione.it
www.comprensivoghibertifirenze.it - Codice IPA: UFGTOH

Prot. 8756/6.2.p.
Circ. n. 36

Firenze, 28/09/2018
Ai genitori
Ai docenti
AL SITO WEB

I.C. Ghiberti

Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola - Comunicazioni.

Con la presente si ricorda che, tutte le famiglie che si trovano nella necessità di richiedere la somministrazione di farmaci salvavita ai propri figli durante l'orario scolastico, possono richiedere l'avvio della somministrazione attraverso la modulistica che si allega e che richiede il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

1) richiesta formale da parte della famiglia,
2) certificato medico attestante lo stato di malattia, aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà, contenente in modo chiaramente leggibile:

- nome e cognome dell' alunno/a;
- nome del farmaco;
- descrizione del motivo che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Tale modulistica è disponibile anche in forma cartacea in segreteria didattica.

La procedura sopraindicata riguarda i farmaci salvavita ma sarebbe necessario che tutte le famiglie degli alunni con criticità anche non gravi, informassero i docenti coordinatori per poter avere un quadro dettagliato della situazione.

Tutto questo in conformità con le circolari e le disposizioni riguardanti l' Intesa tra Ministero Università e Ricerca e Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici sulle certificazioni mediche in ambiente scolastico e le linee guida per la definizione degli interventi per l'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci e alla luce del recente incontro di formazione che si è tenuto per tutto il personale da membri di una Associazione affiliata all'Ospedale Meyer, che promuove la sensibilizzazione e il rapporto fiduciario tra famiglie e istituzione scolastica nell'interesse e per la salvaguardia della salute dei minori affidati alla scuola.

I docenti sono tenuti a dare comunicazione della presente nota alle famiglie, segnalandone loro la presenza sul sito e sul registro elettronico.



LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Dott.ssa Annalisa SAVINO)
*Firma sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2 D. Lgs. n. 39/1993*



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI
pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO - FESR



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Anno scolastico

Io sottoscritto
genitore dell'alunno
frequentante la classe/sezione della scuola /dell'infanzia /primaria.....

chiedo

1) la somministrazione allo stesso di terapia farmaco logica in ambito scolastico

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo 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.

2) La possibilità che lo stesso si auto-somministri lo terapia farmaco logica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco.....

Dosi

Orari.....

Periodo di somministrazione.....

Modalità di conservazione.....

Data.....

Firma del genitore/tutore

Firma del Dirigente Scolastico.....

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha la 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.

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome.....

Luogo e data di nascita

Residente • Tel

Scuola Classe

Dirigente scolastico

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione

Orario:

1a dose 2a dose 3a dose 4a dose

Durata terapia
.....

Modalità di conservazione

Nome commerciale del farmaco

Evento

Dose e modalità di somministrazione

Eventuali note di primo soccorso

Data .

Timbro e firma del medico

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a _____

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a _____

(oppure) ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

☐ l'alunno/a _____,
nato a _____, il ____/____/____ e residente a _____,
iscritto alla classe _____, sez. _____, dell'Istituto _____,
consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di
intervento personalizzato prot. _____ n _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della Azienda USL _____

☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____

☐ medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

➤ nel seguente luogo: _____

➤ con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/dello studente _____

Al Dirigente Scolastico

IC Ghiberti

Io sottoscritta/o _____

Insegnante dell'alunna/o _____

della classe _____ sez. _____ scuola _____

visto il certificato medico rilasciato dal medico in data _____

vista la richiesta del genitore sig. _____

DICHIARO

su base volontaria e in virtù di un rapporto fiduciario con la famiglia, di essere disponibile a somministrare al/alla bambino/a il farmaco/i farmaci salvavita richiesti, nei casi e con la posologia prevista dalla certificazione medica, per il corrente a.s.

Dichiaro di conservare tale farmaco in modo sicuro nel seguente luogo _____

Data _____

L'insegnante di classe
