



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON GUIDO CAGNOLA"

Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)

Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577

icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it

sito : www.icgazzada.gov.it codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128

codice univoco amm.ne UFTXQB



Prot. 4664 C/27

Gazzada Schianno, 10/11/2016

Alle Responsabili di plesso

All' ASPP

Ai Coordinatori di classe

Al personale del Servizio di primo soccorso

A tutto il personale

Ai genitori degli alunni interessati

Al Sito web

Oggetto: gestione delle terapie programmate e delle emergenze mediche a seguito di patologie in atto per gli alunni, procedura per la somministrazione e l'auto somministrazione dei farmaci

In caso di presenza di soggetti affetti da patologie croniche o acute in trattamento terapeutico, compatibile con la frequenza scolastica, l'Istituto adotta i provvedimenti necessari in collaborazione con il Medico Curante e la Famiglia e in considerazione delle esigenze specifiche. Al fine di ottimizzare questa gestione:

- a) il genitore, nell'interesse del proprio figlio, è tenuto a segnalare **tempestivamente** qualsiasi patologia in atto che potenzialmente possa determinare una situazione di emergenza
- b) il genitore, nell'interesse del proprio figlio, è altresì tenuto a segnalare **immediatamente** l'insorgenza di qualsiasi patologia che potenzialmente possa determinare una situazione di emergenza tramite l'allegato 1.
- c) situazioni particolari in cui sia prevista la somministrazione o l'auto somministrazione di farmaci a scuola dovranno essere segnalate al Dirigente Scolastico dai genitori secondo la procedura sotto indicata. Utilizzare gli allegati 2,3 o 4

Presso il banco dei collaboratori scolastici di ogni plesso è disponibile la modulistica predisposta relativa alla gestione delle terapie programmate e delle emergenze mediche a seguito di patologie in atto per gli studenti.

La documentazione prodotta dovrà essere consegnata ai coordinatori di classe ed indirizzata al Dirigente Scolastico.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Gian Paolo Residori

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lgs. n.39/1993)*



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON GUIDO CAGNOLA"

Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)

Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577

icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it

sito : www.icgazzada.gov.it codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128

codice univoco amm.ne UFTXQB



N.B. I docenti e i collaboratori scolastici non posseggono competenze specifiche riguardanti le profilassi sanitarie e la somministrazione di farmaci ne tali compiti rientrano nei loro mansionari. **Pertanto, in caso di emergenza, il personale della scuola provvederà a chiamare sempre il n. tel. 112** e, successivamente, ad avvisare i genitori dell'alunno al numero telefonico da essi indicato.

Per quanto riguarda la somministrazione di farmaci da parte dei genitori o da personale esterno da essi incaricato utilizzare l'allegato 4.

La presente documentazione deve essere richiesta e riconsegnata, debitamente compilata, al coordinatore di classe che provvederà ad inviarla alla segreteria per essere protocollata, visionata dal Dirigente Scolastico ed archiviata nel fascicolo personale dell'alunno. Copia della documentazione sarà trattenuta nel plesso frequentato dall'alunno a disposizione del personale che vi opera. Il coordinatore di classe informerà il consiglio di classe/ interclasse e i collaboratori scolastici. Il personale del plesso è tenuto a visionare la copia lì depositata.

Da dettare sul libretto degli alunni:

Pubblicata sul sito web della scuola la circolare avente per oggetto "**gestione delle terapie programmate e delle emergenze mediche a seguito di patologie in atto per gli alunni, procedura per la somministrazione e l'auto somministrazione dei farmaci**".

I genitori possono richiedere copia cartacea della circolare e della documentazione allegata al coordinatore di classe.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON GUIDO CAGNOLA"

Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)

Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577

icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it

sito : www.icgazzada.gov.it codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128

codice univoco amm.ne UFTXQB



allegato 1

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO DON GUIDO CAGNOLA**

SEGNALAZIONE DI PATOLOGIA IN ATTO

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare Responsabili dei plessi ed indirizzata al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti.....

.....

genitori di.....

nato ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....della Scuola.....

sita a in Via.....

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a è affetto dalla seguente patologia che potenzialmente può determinare una situazione di emergenza:

(descrizione della patologia)

.....
.....

che necessita dei seguenti interventi in attesa dell'arrivo del Servizio di pronto intervento (112):

.....
.....

Si allega la seguente documentazione:

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

Acconsento 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)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON GUIDO CAGNOLA"

Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)

Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577

icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it

sito : www.icgazzada.gov.it codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128

codice univoco amm.ne UFTXQB



Allegato 2 – certificazione medica

CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Si certifica per il minore

CognomeNome

Nato il a

Residente a

In via

Iscritto c/o la scuola

Classe

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Via di somministrazione

Orario 1^ dose..... 2^dose 3^ dose4^ dose

Durata terapia

dal al.....

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Eventuali note

.....

Effetti collaterali

Luogo e data

Timbro e firma del medico



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "DON GUIDO CAGNOLA"

Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)

Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577

icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it

sito : www.icgazzada.gov.it codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128

codice univoco amm.ne UFTXQB



allegato 3

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ISTITUTO COMPRESIVO DON GUIDO CAGNOLA**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare Coordinatori di classe ed indirizzata al DS)

I sottoscritti.....

.....

genitori di.....

nato ail.....

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 certificazione medica rilasciata in

datadal dott.

CHIEDONO

di poter accedere ai locali della scuola nei seguenti giorni ed orari:

giorno:	orario:

ovvero incaricano i seguenti signori alla somministrazione del farmaco:

nome e cognome	qualifica

(n.b. nel caso in cui non siano i genitori a somministrare il farmaco è necessario allegare fotocopia del documento d'identità dell'incaricato)

per poter somministrare il farmaco al/alla proprio/a figlio/a.

Acconsento 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)

SI

NO

Data.....Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON GUIDO CAGNOLA"

Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)

Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577

icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it

sito : www.icgazzada.gov.it codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128

codice univoco amm.ne UFTXQB



allegato 4

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO DON GUIDO CAGNOLA**

RICHIESTA PER INTERVENTI DI AUTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare Responsabili dei plessi ed indirizzata al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in

data _____ dal Dr. _____

completa di descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono l'assunzione urgente del farmaco e della descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto, nonché del nome commerciale del farmaco, dose, modalità di conservazione, effetti collaterali.

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a per età, esperienza, addestramento è in grado di provvedere all'auto somministrazione del farmaco

SOLLEVA

Tutto il personale della scuola da ogni responsabilità relativa all'auto somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

Acconsento 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)

SI

NO

Luogo _____, data _____

Firma dei Genitori

.....



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON GUIDO CAGNOLA"

Via Matteotti, 3/A - 21045 Gazzada Schianno (VA)

Tel. 0332/461427 Fax 0332/462577

icgazzada@libero.it ; vaic836004@pec.istruzione.it

sito : www.icgazzada.gov.it codice Min. VAIC836004 C.F. 80101560128

codice univoco amm.ne UFTXQB



Allegato 5

da compilarsi a cura degli addetti al pronto soccorso in collaborazione con i coordinatori di classe

Scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi a scuola nel corso dell'anno scolastico

dell'alunnoclasse Plesso di:

data	situazione verificatesi	intervento effettuato dal personale

luogo e data...../...../.....

firma
dell'addetto al pronto soccorso

.....

e del coordinatore di classe

.....