



Centro
Territoriale
Inclusione



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Con l'Europa, investiamo nel vostro futuro

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DD1 - CAVOUR"
MARCIANISE (CE)

AVVISO N. 11
A.S. 2023/2024

Prot. n. 5260/I.1
del 13/09/2023

Al Personale Docente
Al Personale ATA
Ai Genitori
ICS-DD1 CAVOUR

Albo scuola
Sito web
p.c. D.S.G.A

Oggetto: Procedura per la somministrazione di farmaci a scuola

Si comunica a quanti in indirizzo che questo Istituto Comprensivo, come nelle precedenti annualità, ha predisposto una procedura per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico che, seguendo le indicazioni della normativa vigente stabilisce quanto segue:

MALATTIE CRONICHE E/O FARMACI SALVAVITA

Nel caso di alunni affetti da malattie croniche o da patologie tali da comportare l'assunzione di farmaci in orario scolastico, o che necessitano di avere sempre a disposizione un farmaco salvavita indispensabile in caso di una manifestazione acuta della malattia stessa, le famiglie devono darne immediata comunicazione al Dirigente Scolastico che provvederà ad attuare tutte le disposizioni stabilite, in collaborazione con le Famiglie e con il servizio Sanitario di competenza. Ulteriori indicazioni saranno illustrate alle Famiglie nei casi specifici che si dovessero manifestare.

TERAPIE BREVI

Nel caso di alunni che necessitano di seguire una terapia breve dovuta ad una qualsiasi malattia o infezione, le Famiglie devono darne immediata comunicazione al Dirigente Scolastico che provvederà ad autorizzare un genitore o un familiare all'ingresso a scuola in orario stabilito per la somministrazione del medicinale.

Al termine della terapia le famiglie provvederanno a darne comunicazione al Dirigente Scolastico.

In ogni caso è vietata l'auto somministrazione di farmaci da parte degli alunni.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Aldo Improta

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....n.....
frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/Secondaria 1 grado plesso
scolastico.essendo il minore affetto dalla seguente
patologiae constatata l'assoluta necessità,
con la presente

chiedono che

che al proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resi disponibili, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria
potestà

.....
.....

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita
(a cura del *Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale*)

Il minore

Cognome Nome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N. Città.....

affetto dalla seguente patologia:..... nel

caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

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

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG