**Gestione schede sanitarie e somministrazione farmaci per studenti / genitori**

per i genitori / tutori e per gli studenti maggiorenni

All’atto di iscrizione o all’ingresso dell’allievo, la famiglia o chi esercita la potestà genitoriale o lo studente maggiorenne, se ritengono la scuola debba essere informata su patologie o disturbi dell’alunno, consegnano certificato medico (allegato 1) e, se necessario, compilano la richiesta di auto somministrazione o di somministrazione di farmaci (allegato 2a, 2b, 3a, 3b).

Si evidenzia che gli alunni possono prendere farmaci a scuola (auto-somministrazione) solo in caso ci sia una esplicita richiesta della famiglia scritta e certificazione medica, nelle condizioni di assoluta necessità e che la somministrazione sia indispensabile in orario scolastico.

La somministrazione di farmaci a scuola da parte del personale, presumibilmente circoscritta a casi isolati, prevede, in aggiunta a quanto detto, la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco (in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco) e la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Sono considerate schede sanitarie i seguenti allegati:

allegato 1 - A cura del medico - PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

allegato 2a - A cura del genitore/tutore - RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

allegato 2b - A cura del genitore/tutore - RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

allegato 3a - A cura dello studente maggiorenne - RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

allegato 3b - A cura dello studente maggiorenne - RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

allegato 4a - A cura del Dirigente Scolastico - AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per studenti

*Nota: seguono gli allegati. Negli allegati, le parti colorate sono per evidenziare le differenze tra i moduli (all’uso, stampare in nero).*

allegato 1

*A cura del medico*

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**Considerata l’assoluta necessità**

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE** dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico allo studente:

cognome……....................…………………. nome ……………………..........................

nato/a a ................................................................ il...................................................

- Somministrazione quotidiana/programmata

Nome commerciale ........................................ Principio attivo del farmaco…..…...............................

Orario e dose da somministrare .........................................................................................................

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

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

Modalità di somministrazione..............................................................................................................

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

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

- Somministrazione in emergenza/urgenza

Nome commerciale ........................................ Principio attivo del farmaco…..…...............................

Evento per il quale somministrare il farmaco.......................................................................................

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

Modalità di conservazione dei farmaci ................................................................................................

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

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

Eventuali norme di primo soccorso .....................................................................................................

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

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

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

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

Periodo di validità della prescrizione....................................................................................................

Data .............. Timbro e firma del medico

N° tel medico……………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda” Modena

a.s. ……………………….. Classe ...............

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi Socio sanitari 🞏 Produzioni Tessili Sartoriali

allegato 2a

*A cura del genitore/tutore*

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

al Dirigente Scolastico

p.c. al coordinatore del Primo Soccorso dell’edificio 🞏 A 🞏 B

p.c. al coordinatore di classe

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Io sottoscritto .......................................................................................................................................

tel. reperibile……………......................................................................................................................

genitore/tutore dell’alunno………….....................................................................................................

frequentante l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda”

classe.....................................

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale

 🞏 Industria e Artigianato per il Made in Italy

CHIEDO

- la possibilità che lo stesso si auto-somministri i farmaci in ambito ed orario scolastico, come da prescrizione medica allegata.

- il farmaco sarà fornito dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

- qualora dovessero intervenire, nel corso dell’anno, modificazioni della prescrizione medica, sarà presentata nuova certificazione aggiornata.

firma del genitore/tutore

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

- Mi impegno ad informare il personale della scuola prima dell’assunzione del farmaco e ad assumerlo alla presenza di un operatore scolastico.

firma dello studente

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

- Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili (sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute) ai sensi del D.lgs, 196/03 e del DM 305/06.

firma del genitore/tutore

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

Numeri di telefono utili:

Famiglia................................................................................................................................................

Medico..................................................................................................................................................

Note: la richiesta/autorizzazione ha la validità per la durata della terapia ed è riferita all'anno scolastico corrente, andrà quindi rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

allegato 2b

*A cura del genitore/tutore*

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

al Dirigente Scolastico

p.c. al coordinatore del Primo Soccorso dell’edificio 🞏 A 🞏 B

p.c. al coordinatore di classe

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Io sottoscritto .......................................................................................................................................

tel. reperibile……………......................................................................................................................

genitore/tutore dell’alunno………….....................................................................................................

frequentante l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda”

classe.....................................

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

- la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico da parte del personale scolastico, come da prescrizione medica allegata.

- sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica allegata.

- il farmaco sarà fornito dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

- qualora dovessero intervenire, nel corso dell’anno, modificazioni della prescrizione medica, sarà presentata nuova certificazione aggiornata.

firma del genitore/tutore

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

- Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili (sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute) ai sensi del D.lgs, 196/03 e del DM 305/06.

firma del genitore/tutore

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

Numeri di telefono utili:

Famiglia................................................................................................................................................

Medico..................................................................................................................................................

Note: la richiesta/autorizzazione ha la validità per la durata della terapia ed è riferita all'anno scolastico corrente, andrà quindi rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

allegato 3a

*A cura dello studente maggiorenne*

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

al Dirigente Scolastico

p.c. al coordinatore del Primo Soccorso dell’edificio 🞏 A 🞏 B

p.c. al coordinatore di classe

AUTO-SOMMINISTRAZIONE PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto ......................................................................................................................................

frequentante l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda”

classe.....................................

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale

 🞏 Industria e Artigianato per il Made in Italy

COMUNICO

- la necessità di assumere in ambito scolastico farmaci, come da prescrizione medica allegata.

- qualora dovessero intervenire, nel corso dell’anno, modificazioni della prescrizione medica, sarà presentata nuova certificazione aggiornata.

Data ..............

firma dello studente maggiorenne

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

- Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili (sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute) ai sensi del D.lgs, 196/03 e del DM 305/06.

firma dello studente maggiorenne

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

Numeri di telefono utili:

Famiglia o altro recapito.......................................................................................................................

Medico..................................................................................................................................................

Note: la richiesta/autorizzazione ha la validità per la durata della terapia ed è riferita all'anno scolastico corrente, andrà quindi rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

allegato 3b

*A cura dello studente maggiorenne*

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

al Dirigente Scolastico

p.c. al coordinatore del Primo Soccorso dell’edificio 🞏 A 🞏 B

p.c. al coordinatore di classe

SOMMINISTRAZIONE PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto ......................................................................................................................................

frequentante l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda”

classe.....................................

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale

 🞏 Industria e Artigianato per il Made in Italy

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

- la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico da parte del personale scolastico, come da prescrizione medica allegata.

- sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica allegata.

- il farmaco sarà fornito dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

- qualora dovessero intervenire, nel corso dell’anno, modificazioni della prescrizione medica, sarà presentata nuova certificazione aggiornata.

firma dello studente maggiorenne

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

- Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili (sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute) ai sensi del D.lgs, 196/03 e del DM 305/06.

firma dello studente maggiorenne

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

Numeri di telefono utili:

Famiglia o altro recapito.......................................................................................................................

Medico..................................................................................................................................................

Note: la richiesta/autorizzazione ha la validità per la durata della terapia ed è riferita all'anno scolastico corrente, andrà quindi rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

allegato 4a

*A cura del Dirigente Scolastico*

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

Al personale dell’ l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda” (coordinatore del Primo Soccorso, addetto del piano, coordinatore di classe, docenti del consiglio di classe)

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

A seguito

* della prescrizione medica del …………………….
* della autorizzazione alla somministrazione di farmaci del ……………………. inoltrata dal genitore/ chi esercita la patria potestà/ studente maggiorenne

riferita allo studente ………………………………………………………………………………………..

frequentante l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda”

classe.....................................

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale

 🞏 Industria e Artigianato per il Made in Italy

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico, il Dirigente Scolastico

AUTORIZZA

il personale in indirizzo ad applicare la procedura e solleva detto personale da ogni responsabilità.

Data .............. Timbro e firma del Dirigente Scolastico