



Milano, settembre 2024

## **PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE**

### **FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Gentili genitori,

All'interno del Corpo Docenti **sono presenti persone autorizzate ad intervenire in caso di necessità mediche avendo partecipato a diversi corsi certificati di primo soccorso (Valentina Cattaneo, Giuditta Winkler, Michelangelo Zanolì e Marianna Minuti).**

In caso di somministrazione di **farmaci "da banco"** (tachipirina o prodotti omeopatici) sarà sufficiente la compilazione, da parte del genitore, del Modulo 3 (allegato).

In caso di necessità di **terapie antibiotiche** o di somministrazione di **farmaci "salvavita"** durante l'orario scolastico, i genitori dovranno consegnare alla scuola tramite diario scolastico, i Moduli 1 e 2 (allegati) compilati sia dal medico curante che dal genitore e consegnare alla scuola il farmaco in confezione integra.

***I bambini non potranno assumere autonomamente nessun tipo di farmaco o prodotto omeopatico;*** sarà necessario, in entrambi i casi, la compilazione dei moduli da parte della famiglia.

*La Coordinatrice*  
*Valentina Cattaneo*

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

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente ..... Telefono .....

Scuola ..... Sezione .....

**Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico**

Nome principio attivo del farmaco .....

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione .....

.....

.....

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia .....

.....

.....

Modalità di conservazione.....

.....

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

.....

Eventuali note di primo soccorso .....

.....

Modalità di conservazione .....

.....

Data .....

Timbro e firma del medico

.....

**Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta  
in ambito e orario scolastico**

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA  
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a .....  
 genitore/tutore dell'alunno/a .....  
 nato/a il ..... Luogo di nascita .....  
 frequentante la classe/sezione .....  
 della scuola d'infanzia/primaria/secondaria .....

**chiedo**

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

**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 farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica.

Data .....

.....  
 Firma del genitore/tutore  
 dell'allievo/a

.....  
 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.



**MODULO 3**

**DELEGA PER EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE  
FARMACI "DA BANCO"**

Io sottoscritto/a .....

Genitore di ..... classe .....

Data l'allergia/intolleranza a .....

.....

Delego il personale autorizzato della Scuola Primaria (*Valentina Cattaneo, Giuditta Winkler, Michelangelo Zanolì e Marianna Minuti*) a somministrare a mio figlio/a, in caso di necessità, il seguente farmaco "da banco":

.....

Secondo le posologie e modalità indicate:

.....

.....

.....

Data .....

Firma del genitore

.....