

Milano, settembre 2022

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE
DEI FARMACI “DA BANCO” o “SALVAVITA”
IN AMBITO SCOLASTICO

Gentili genitori,

All'interno del Corpo Docenti **sono presenti persone autorizzate ad intervenire in caso di necessità mediche, avendo partecipato ad un corso certificato di primo soccorso (Valentina Cattaneo, Giuditta Winkler, Marianna Minuti e Michelangelo Zanoli).**

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 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

**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 Zanoli 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

.....