

ISTITUTO "S. DOROTEA"

SCUOLE PARITARIE

PRIMARIA -SECONDARIA DI 1° GRADO

Via F. Corradini, 15 - 36016 THIENE (VI) Tel. e Fax: 0445/380423

<http://www.santadoroteathiene.it/>

e-mail:doroteathiene@libero.it

Thiene, 30 agosto 2018

CIRCOLARE N. 06 /18

Ai Genitori degli alunni
scuola primaria e sec. 1°

e p.c.
ai Docenti
al Gestore
loro indirizzo

Oggetto: Comunicazione relativa a "somministrazione farmaci a scuola".

La presente, ai sensi delle "linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico - 25/11/2005", per comunicare alle SS.VV. in indirizzo gli interventi possibili e/o obbligatori che la scuola è tenuta ad attivare al fine di un'adeguata assistenza degli alunni che necessitano di farmaci in orario scolastico.

Si precisa anzitutto che si possono-devono somministrare farmaci a scuola solo in via eccezionale cioè in caso di conclamate malattie croniche e/o urgenze prevedibili (es.: asma, diabete, epilessia...) dichiarate esplicitamente da indicazione medica specifica con modulo n. 2 (conservazione farmaci, tipo, posologia e modalità di somministrazione).

In questo caso verrà seguita la seguente procedura:

- i sig.ri genitori devono inoltrare alla scuola richiesta formale previa certificazione medica attestante lo stato di malattia con le specifiche indicazioni di cui sopra (modulo n. 2 compilato dal medico);
- i sig.ri genitori dovranno autorizzare la scuola (il Dirigente Scolastico) alla somministrazione del farmaco (modulo n. 1);
- la scuola si impegna a individuare tempi, modalità e operatori idonei per la conservazione e somministrazione dei farmaci.

Le SS.VV. in indirizzo, nel caso siano interessate a quanto sopra descritto, sono pregati di seguire la procedura indicata.

I moduli n.1 e n.2 sono reperibili in segreteria o sul sito della scuola <http://www.santadoroteathiene.it/>

A disposizione, distinti saluti.

Il Coordinatore didattico
dott. Carlo Maino

RICHIESTA INTERVENTI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

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 dott. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici pertanto

CHIEDE

che il dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione

AUTORIZZA e SOLLEVA

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla 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: _____

luogo e data

Firma dei Genitori

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto dott. _____ medico curante dell'alunno

nome e cognome _____

data e luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO _____ È AFFETTO DA (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

_____ pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

nome commerciale farmaco _____

dose da somministrare _____ modalita' conservazione _____

effetti collaterali _____

3) L' alunno è in grado di somministrare autonomamente il farmaco

L'alunno non è in grado di somministrare autonomamente il farmaco

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta effetti collaterali significativi e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

data, luogo _____

In Fede
(timbro e firma)
