



Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana
Distretto Socio Sanitario n. 1
G.B. Giustinian, Dorsoduro 1454
30123 Venezia

U.O. Consultorio Familiare
e Tutela Prima Infanzia

SERVIZIO PEDIATRIA DI COMUNITA'

Tel. 041 5294056

Fax 041 5294003

e-mail: dist1.pedcom@ulss12.ve.it

SOMMINISTRAZIONE DI

FARMACI A SCUOLA

In ambito scolastico vengono somministrati dagli Operatori scolastici solo farmaci cosiddetti "salvavita". (cfr. Raccomandazioni dei Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca del 25.11.05 e Protocollo d'Intesa tra CSA di Venezia e Direttori Generali delle Aziende Ulss 10, 12, 13, 14 della Provincia di Venezia, prot. 1142 del 28.09.06)

Per la somministrazione di un farmaco un "salvavita" è necessario attenersi alla seguente procedura:

Il genitore/ tutore :

1. inoltra la richiesta / autorizzazione per la somministrazione del farmaco "salvavita" alla Direzione Scolastica contestualmente alla presentazione della prescrizione del Medico di Famiglia o del Pediatra di Famiglia.
2. fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze.
3. fornisce il farmaco, tenendo nota della scadenza.

Il Dirigente Scolastico :

1. autorizza la somministrazione del farmaco una volta acquisita la documentazione dal genitore/tutore.
2. individua il personale che offre la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco.
3. organizza momenti formativi/informativi per il personale scolastico docente e non docente con il Pediatra di Comunità dell'Ulss (richiesta con Fax alla Pediatria di Comunità 041.5294003)
4. garantisce la corretta conservazione del farmaco.

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a _____
genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sezione _____
della scuola d'infanzia / primaria / secondaria _____

chiedo

- ▶ **la somministrazione** allo stesso di terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

- ▶ la possibilità che lo stesso si **auto-somministri** la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco _____

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Firma del/i genitore/i

Firma del Dirigente Scolastico

Data _____

Reperibilità tel. _____

Note

La richiesta/autorizzazione **va consegnata al Dirigente Scolastico**.

Essa ha **validità per l'anno scolastico corrente** ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
(Adrenalina / Diazepam / Salbutamolo / Glucagone)

COGNOME.....

NOME.....

DATA DI NASCITA.....

PATOLOGIA PRESENTATA.....

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



**INFORMATIVA SULLA PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE
DI "FARMACO SALVAVITA"**

I sottoscritti Operatori scolastici della scuola

VISTO

il Protocollo d'Intesa tra CSA di Venezia e Direttori Generali delle Aziende Ulss 10,12,13,14 della Provincia di Venezia, prot. 11427 del 28.09.2006 e le Raccomandazioni sottoscritte dal Ministero della salute e dell'Istruzione in data 25.11.2006 in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico

DICHIARANO

di aver partecipato all'incontro informativo sulle procedure per la somministrazione del farmaco per gli alunni:

Nome e Cognome	classe	Farmaco
.....
.....
.....
.....

Venezia,

firma degli Operatori Scolastici

.....

.....

il/la Pediatra di Comunità

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana
Distretto Socio Sanitario n. 1
G.B. Giustinian, Dorsoduro 1454
30123 Venezia

**U.O. Consultorio Familiare
e Tutela Prima Infanzia**

SERVIZIO PEDIATRIA DI COMUNITA'
Tel. 041 5294056 Fax 041 5294003

e-mail: dist1pedcom@ulss12.ve.it

SCHEDA PERSONALE

Nome bambino/a

classe/sezione

reperibilità telefoniche dei genitori/tutori o altri (specificare)

.....

.....

.....

CHIAMARE il 118 comunicando:

Sono (qualificarsi) della scuola

indirizzo telefono.....

Il/la bambino/a

affetto da

ha i seguenti sintomi

.....(dare agli operatori del 118 più informazioni possibile)

Farmaco prescritto.....

(tipo, dose, via di somministrazione)

IMPORTANTE

il presente cartello deve essere esposto in luogo facilmente accessibile a tutto il Personale della scuola e quanto più rispettoso della privacy del bambino/a