



anno scolastico 2014 – 2015

Data: 29/01/2015

Scritta da: DS

CIRCOLARE n. **202**

Ai GENITORI
Ai DOCENTI
Liceo CLASSICO e SCIENTIFICO
SEDE e SUCCURSALE

OGGETTO: **NECESSITA' DI ASSUMERE FARMACI A SCUOLA**

Non è prevista in genere la somministrazione di farmaci presso le scuole.

In alcuni casi eccezionali, però, la frequenza scolastica è possibile solo se l'alunno può assumere un farmaco nelle ore di scuola.

In questi casi, qualora la somministrazione del farmaco non presenti particolari difficoltà, il farmaco potrà essere somministrato da personale della scuola resosi disponibile su base volontaria.

La procedura da seguire è la seguente:

1. Il genitore inoltra al Dirigente Scolastico la richiesta di somministrazione del farmaco a scuola (allegato 1)
2. Allega la Richiesta/autorizzazione (allegato 2)
3. Allega la Certificazione/Prescrizione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (allegato 3)

A seguito della richiesta, il Dirigente Scolastico

- effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico **ai genitori degli alunni, o a loro delegati**, per la somministrazione dei farmaci.
- L'autosomministrazione del farmaco è possibile laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il **genitore darà comunicazione formale al Dirigente Scolastico in merito al raggiungimento della completa autonomia** dell'alunno e in merito al farmaco usato. Nel caso di studenti maggiorenni verrà data comunicazione, da parte dello studente, al Dirigente scolastico con presa d'atto da parte di quest'ultimo.

- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio, preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al Pronto Soccorso (ai sensi D.M. 388/03), a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Agli operatori individuati sarà fornita l'informazione e la formazione specifica a cura dei sanitari individuati dalla famiglia.
- in caso di problemi nella procedura o in assenza del personale incaricato ne da' comunicazione nel più breve tempo possibile alla famiglia per facilitarne l'intervento.

Per quanto riguarda la somministrazione di farmaci salvavita in situazioni di emergenza/urgenza in soggetti a rischio per patologie note e documentate si applica in ogni caso la chiamata al 118.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(dott.sa Maria Grazia GILLONE)

Allegati **(solo in formato digitale)**:

1. Richiesta;
2. Autorizzazione;
3. Prescrizione.



Allegato 1

DOMANDA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Dott.sa Maria Grazia GILLONE
Liceo “ISAAC NEWTON”
CHIVASSO

Il/I sottoscritto/i
genitore/i – tutore/i del minore
frequentante la classe / sezione per l’anno scolastico presso
codesto Istituto,

vista la specifica patologia dello studente:

Richiede/ono

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d’azione

- Allega Prescrizione/certificazione oppure
- Allega Piano d’Azione

Data

Firma

Numeri di telefono utili:

- Telefono fisso
- Telefono cellulare
- Telefono di



Allegato 2

RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE

Al Dirigente Scolastico
Dott.sa Maria Grazia GILLONE

Liceo “ISAAC NEWTON”
CHIVASSO

I sottoscritti (padre)..... e (madre)
in qualità di Genitori/Tutori del minore
iscritto per l'anno scolastico presso codesto Istituto, classe/sezione

chiedono a codesto Istituto:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome	qualifica
1)
2)
3)
4)

a seguire il percorso di formazione/addestramento, gestito da

.....
per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

In fede (firma padre)..... (firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto genitore dell'alunno
dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente

Firma

Luogo Data.....

Numeri di telefono utili:

- Medico curante(PLS/MMG)
- Genitore (padre)
- Genitore (madre)
- Altri numeri utili



LICEO SCIENTIFICO CLASSICO STATALE

“ISAAC NEWTON”

www.liceonewton.gov.it

Via Paleologi, 22 - 10034 CHIVASSO

tel. 011/9109663 – fax 011/9102732 - E-mail: TOPS190009@istruzione.it

C.M. TOPS190009 - C.F. e P.IVA 82506520012 – PEC: TOPS190009@pec.istruzione.it



Allegato 3

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

Si certifica per il minore

Cognome

Nome

Nato il a

Residente a

In via

Iscritto c/o la scuola

Classe / Sezione

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Via di somministrazione

Orario: 1^a dose; 2^a dose; 3^a dose; 4^a dose

Durata terapia

dal al

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione .

Modalità di conservazione del farmaco .

Eventuali note

.....

Effetti collaterali

Luogo e data

Timbro e firma del medico

.....