

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

(all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O
ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO
REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A
(*Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale*)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (*Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista*)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di somministrazione di **ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "CREMONA"

V.le Marche, 71/73 - 20159 Milano - Tel. 02606250
Cod. Mecc. MIIS02600Q - C.F. 80102390152



Protocollo e data – vedere segnatura

*RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO*

Anno scolastico 2024/2025

Io sottoscritto

genitore

dell'alunno/a

frequentante la classe/sezione ITE/LES/ LICEO

chiedo

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica 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 farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

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

Farmaco

Dosi

Orari

Periodo di somministrazione

Modalità di conservazione

Data.....

Firma dei genitori/tutore

.....
.....

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 necessaria.

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 alla scuola

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a* _____
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a _____

(oppure) esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____
(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a _____, nato a _____,
il ____/____/____ e residente a _____, iscritto alla classe_, sez._,
dell'Istituto _____, consegna all'incaricato,
Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot.
_____ n _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL _____

medico pediatra di libera scelta dott. _____

medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: _____ con le seguenti modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data __/__/_____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/dello studente _____

Protocollo e data – vedere segnatura

(All. 4)

Al personale docente della classe

Al Personale ATA

Agli Atti dell'Istituzione Scolastica

PIANO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI
 (da integrare con la documentazione medica)

Il presente Piano di Assistenza definisce le azioni da mettere in atto al fine di garantire una corretta gestione del caso in ambito scolastico.

Studente (nome e cognome)	
Classe / scuola	
Anno scolastico	
SITUAZIONE DI EMERGENZA	
Sintomi importanti, con indicazione precisa di tipologia ed intensità che richiedono intervento immediato	
Azioni indicate nella certificazione medica in situazione di emergenza	
Contatti della famiglia	MADRE: Cell. PADRE: Cell.
Dopo la somministrazione della dose, la persona che assiste il paziente deve chiamare immediatamente l'assistenza medica, sulla base di quanto indicato dalle istruzioni di somministrazione acquisite agli atti della Scuola.	
SITUAZIONI DI ROUTINE	
Descrizione delle esigenze e di eventuali pratiche quotidiane	



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "CREMONA"

V.le Marche, 71/73 - 20159 Milano - Tel. 02606250

Cod. Mecc. MIIS02600Q - C.F. 80102390152



Modalità di conservazione del farmaco	
Persone incaricate della somministrazione dei farmaci	
Grado di autonomia dell'alunno in relazione alle diverse azioni (certificato dal medico di base/specialista)	
Personale incaricato del controllo della reperibilità e corretta conservazione del farmaco a Scuola	
Personale incaricato di informare in modo Puntuale ogni docente del consiglio di classe	
Indicazione per lo svolgimento dell'attività fisica	
Modalità previste per l'effettuazione delle uscite didattiche e viaggi di istruzione	
Documenti allegati al presente piano e facenti parte integrante dello stesso	

	I genitori:

	DIRIGENTE SCOLSTICO Prof.ssa Ornella Trimarechi (Documento firmato digitalmente)
--	---