

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale
da somministrare in caso di (indicare l'evento).....
come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (indicare il luogo dove sarà conservato):
Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
 - chiama i genitori,
 - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
 - accudisce il bambino
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l' apposito protocollo sanitario.

- 1) **orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:**
 - a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
 - b) il collaboratore scolastico accorre, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
 - c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
 - d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.
- 2) **orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:**
 - a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
 - b) il collaboratore scolastico accorre, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
 - c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
 - d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.
- 3) **orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:**
 - a) un' insegnante soccorre il/la bambino/a
 - b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori

- c) il collaboratore scolastico accorre, riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

Allegato n. 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti

genitori di

nato a..... il

residente a in via.....

frequentante la classe della Scuola

sita a in Via.....

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 Dr.....

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.

Acconsento 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

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome Nome

Data di nascita Residente Telefono

Scuola Classe

Dirigente scolastico

Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione

Orario 1a dose 2a dose 3a dose 4a dose

Durata terapia

Modalità di conservazione.....

.....

Nome commerciale del farmaco

Evento

.....

Dose e modalità di somministrazione

Eventuali note di primo soccorso

.....

Modalità di conservazione.....

.....

Data

Timbro e firma del medico

.....