Allegato 1

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a ……..….. nato/a a ……..,
in data …./…./……. residente in ……..……..…….

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

e

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco ……, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

  □ salvavita

  (Oppure)

  □ indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a (oppure) ☐ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo ……

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data ……/……/…..…

……..

PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome …… Nome ……..

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile** ……..

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
  - Mattina (h. …….) dose da somministrare …….
  - Pasto (prima, dopo) ……. dose ……..
  - Pomeriggio (h. ……) dose …….
- Modalità di somministrazione del farmaco ……
- Modalità di conservazione del farmaco ……
- Durata della terapia: dal ……/...…/….…..… al ……/...…/….…..…

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

……
…….

- Dose da somministrare …….
- Modalità di somministrazione del farmaco ……..
- Modalità di conservazione del farmaco ……
- Durata della terapia: dal ……/...…/….…..… al ……/...…/….…..…

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita** …….

Modalità di somministrazione del farmaco …….…….....……
……

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
  ……
- Dose da somministrare

……
Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
……

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

□ Sì

□ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

□ Sì

□ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL
……

Luogo ……

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data ……/……/…..…

……..

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I *Allegato 2*
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto ……..……
Indirizzo …….…….

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ..……..……,
☐ Genitore dello studente/essa ....., (oppure) ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure) ☐ Studente/essa maggiorenne nato/a a……..… il …../……/…… e residente a ……..…. in Via ……..……, che frequenta la classe … sez … dell'Istituto …… sito in Via ……..…… Cap ……. Località ..…….…. Provincia ……..,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... …….. /dal Dott. ……, in data …/…/…….;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

☐ che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono:	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.
In fede,

Luogo Data (1) Firma
_____ __/__ /____ _____

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

Allegato 3

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 _____