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

SI CERTIFICA

lo stato di malattia (specificare) …….. dell'alunno/a ……..…… nato/a a ……., in data …./…./……. Frequentante la classe ……. sez …….. del plesso ……..

scuola ◯ infanzia ◯ primaria

- 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 ◯ 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

Si rilascia al genitore dell'alunno/a

In fede

Luogo …… Timbro e Firma del Medico

……..…..

Data …..…/…..…/……

PIANO TERAPEUTICO

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 ……/..…/…..…..…

oppure

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 ……/..…/…..…..…

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

□ Sì □ No

Luogo ……

In fede
Timbro e Firma del Medico

……..

Data ……/……/…..…

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico del ……..……

I sottoscritti (Cognome e Nome) ..……, e..... ,

Genitori dell'alunno/a ....., nato/a a.....il

…../……/…… che frequenta la classe … ….. sez … …….. del plesso……

☐ infanzia ☐ primaria

- consapevoli 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 Dott. ……., in data ……/……/……;

CHIEDIAMO

☐ che a nostro/a figlio/a **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

AUTORIZZIAMO

il personale della scuola individuato dal dirigente e resosi disponibile, a somministrare il farmaco previsto dal Piano terapeutico e **solleviamo** il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra 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.

Ci impegniamo a 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.

	Famiglia	**Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale**
Numeri di telefono:	……	.....
	…….	

A tal fine acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento 679/2016

Luogo _____ Data ___/__/____ Firma* _____ _____

Madre Padre

*(in caso di firma di un solo genitore) 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.

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Alla Famiglia dell'alunno/a _____
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco
Agli Insegnanti della classe ____sezione____
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Oggetto: *Piano di Intervento Personalizzato per la somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a……..*

Il sottoscritto Dirigente scolastico ……..

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a....., iscritto/a alla classe …… sez… …… dell'Istituto ……., plesso ……., sito in via..... ,

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Dott. …… in data …/…/..…, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) …… da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

☐ salvavita

☐ indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

DISPONE

che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato Sig./Sig.ra

_____;

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: _____;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.):_____;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato laddove necessario da indicazione del medico , individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	**DOCENTE/ATA/ALTRO**	**FIRMA LEGGIBILE DEL PERSONALE**

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Silvia Svanera

_____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale_____

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dal medico Dott._____con la presente:

☐ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

☐ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

Data_____/_____/_____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

_____