**Gestione schede sanitarie e somministrazione farmaci per il personale**

per il personale docente e ata

Il docente o ata con patologia o disturbo per il quale ritiene l’ambiente di lavoro debba essere informato, può consegnare il certificato medico (allegato 1) o comunicare una terapia in corso in Segreteria ufficio personale. Il docente o ata può richiedere anche la somministrazione di farmaci in caso di emergenza (allegato 3c).

La somministrazione di farmaci a scuola da parte del personale, presumibilmente circoscritta a casi isolati, prevede, ci sia una esplicita richiesta scritta e certificazione medica, si tratti di condizioni di assoluta necessità, la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco (in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco) e la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Il docente o ata richiedente e la Segreteria danno comunicazione ai coordinatori di primo soccorso dell’edificio di riferimento.

Il coordinatore del primo soccorso informa gli addetti del primo soccorso.

Il Dirigente Scolastico rilascia l’autorizzazione al personale (allegato 4b).

Sono considerate schede sanitarie i seguenti allegati:

allegato 1 - A cura del medico - PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

allegato 3c - A cura del docente o ata - RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

allegato 4b - A cura del Dirigente Scolastico - AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per personale docente e ata

allegato 1

*A cura del medico*

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**Considerata l’assoluta necessità**

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE** dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico allo studente:

cognome……....................…………………. nome ……………………..........................

nato/a a ................................................................ il...................................................

- Somministrazione quotidiana/programmata

Nome commerciale ........................................ Principio attivo del farmaco…..…...............................

Orario e dose da somministrare .........................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Modalità di somministrazione..............................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

- Somministrazione in emergenza/urgenza

Nome commerciale ........................................ Principio attivo del farmaco…..…...............................

Evento per il quale somministrare il farmaco.......................................................................................

.............................................................................................................................................................

Modalità di conservazione dei farmaci ................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Eventuali norme di primo soccorso .....................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Periodo di validità della prescrizione....................................................................................................

Data .............. Timbro e firma del medico

N° tel medico……………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda” Modena

a.s. ……………… cognome nome………………………………….. qualifica ………………………….

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale

🞏 Industria e Artigianato per il Made in Italy

allegato 3c

*A cura del docente o ata*

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

al Dirigente Scolastico

p.c. al coordinatore del Primo Soccorso dell’edificio 🞏 A 🞏 B

SOMMINISTRAZIONE PER IL PERSONALE DOCENTE o ATA

Io sottoscritto ......................................................................................................................................

qualifica .............................................................................................................................................

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale

🞏 Industria e Artigianato per il Made in Italy

in servizio presso l’edificio 🞏 A 🞏 B

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

- la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico da parte del personale scolastico, come da prescrizione medica allegata.

- sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica allegata.

- il farmaco sarà fornito dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

- qualora dovessero intervenire, nel corso dell’anno, modificazioni della prescrizione medica, sarà presentata nuova certificazione aggiornata.

firma del docente o ata

.......................................................

- Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili (sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute) ai sensi del D.lgs, 196/03 e del DM 305/06.

firma del docente o ata

.......................................................

Numeri di telefono utili:

Famiglia o altro recapito.......................................................................................................................

Medico..................................................................................................................................................

Note: la richiesta/autorizzazione ha la validità per la durata della terapia ed è riferita all'anno scolastico corrente, andrà quindi rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

allegato 4b

*A cura del Dirigente Scolastico*

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**IN AMBITO SCOLASTICO**

Al personale dell’ l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda” (coordinatore del Primo Soccorso, addetto del piano, coordinatore di classe, colleghi del consiglio di classe)

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

A seguito

* della prescrizione medica del …………………….
* della autorizzazione alla somministrazione di farmaci del ……………………. inoltrata dall’interessato

cognome nome ………………………………….……………………………………………………………

qualifica………………………………………………………………………………………………………...

in servizio presso l’Istituto Professionale Statale Socio-Commerciale-Artigianale “Cattaneo – Deledda”

dell’indirizzo 🞏 Servizi Commerciali 🞏 Servizi per la Sanità e l’assistenza sociale

🞏 Industria e Artigianato per il Made in Italy

in servizio presso l’edificio 🞏 A 🞏 B

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico, il Dirigente Scolastico

AUTORIZZA

il personale in indirizzo ad applicare la procedura e solleva detto personale da ogni responsabilità.

Data .............. Timbro e firma del Dirigente Scolastico