

# Protocollo di Intesa in materia di somministrazione di farmaci a scuola

---

Il mondo della scuola rappresenta un importante momento di aggregazione e convivenza; in tale ambito si possono a volte manifestare eventi sanitari che richiedono un intervento di tutela da parte del personale della scuola.

Gli studenti, a causa di patologie acute o croniche, possono avere la necessità della somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico.

Il presente documento è finalizzato a regolamentare l'utilizzo di farmaci nella collettività scolastica al fine di garantire una appropriata assistenza a tutti gli alunni che necessitano di terapie farmacologiche in orario scolastico, evitare incongrue somministrazioni delle stesse favorendo al contempo la progressiva autonomia dello studente nella gestione della propria patologia.

In applicazione a quanto pertanto stabilito nel Protocollo di Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia in materia di somministrazione di farmaci in ambito scolastico (<http://milano.istruzione.lombardia.gov.it/aree-tematiche/protocolli-dintesa/>), il presente documento si compone delle seguenti parti:

1. Protocollo somministrazione farmaci a scuola- IIS Maxwell
2. Informazioni relative alla certificazione del piano terapeutico (allegato 1)
3. Mod.710 a - richiesta somministrazione farmaci a scuola in urgenza
4. Mod.710 b - richiesta somministrazione farmaci a scuola in urgenza-maggiorenni
5. Mod.711 a - richiesta somministrazione farmaci a scuola per continuità terapeutica
6. Mod.711 b - richiesta somministrazione farmaci a scuola per continuità terapeutica-maggiorenni
7. Mod.712 - registro farmaci in consegna
8. Mod.713 - registro carico-scarico farmaci in consegna
9. Mod.715 - Verbale della consegna del medicinale salvavita
10. Mod.716 - Autorizzazione piano di azione per la somministrazione farmaco
11. Mod.717 - Piano di azione per farmaco salvavita

# Protocollo somministrazione farmaci a scuola - IIS Maxwell

La somministrazione di farmaci a scuola è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute ed è riferita alle seguenti situazioni:

(1) **continuità terapeutica**, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;

(2) somministrazione di farmaci in seguito ad una **emergenza**, intesa come manifestazione acuta e non prevedibile correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci a scuola è la presenza di una **certificazione attestante lo stato di malattia dell'alunno ed indicante la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente necessita**.

I genitori o lo studente maggiorenne formulano la richiesta al Dirigente Scolastico (mod.710a/710b - 711a/711b) fornendo la **Certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico** redatti dal Medico del Servizio Sanitario pubblico che ha in carico il soggetto (facsimile allegato 1), nella quale devono essere chiaramente indicati

- diagnosi
- nome del farmaco
- dosaggio del farmaco
- via di somministrazione
- tempistiche di somministrazione
- eventuali avvertenze e precauzioni d'uso
- modalità di conservazione del farmaco

I genitori o lo studente maggiorenne forniscono il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico (mod. 715 ) ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento.

Una volta acquisita la documentazione sopra riportata il **Dirigente Scolastico** provvede a:

- autorizzare l'inserimento di una copia del Piano Terapeutico nel fascicolo personale dello studente ed una copia di pronto utilizzo da conservare nel deposito dei farmaci (ufficio dei collaboratori del D.S. situato al primo piano);
- individuare il personale della scuola (docente e non docente) che, con modalità volontaria, offre la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco (mod. 716);
- autorizzare la somministrare farmaci accertando che non sia richiesto il possesso di specifiche conoscenze di tipo sanitario;
- individuare il luogo per la corretta conservazione dei farmaci e verificare la corretta compilazione del registro di carico/scarico degli stessi (ufficio dei collaboratori del D.S. situato al primo piano);
- informare il consiglio di classe e il personale ATA (mod. 717).

## MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

(a) **Continuità terapeutica** (terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica): il personale autorizzato

- consulta il Piano Terapeutico reperibile nel deposito dei farmaci
- preleva il farmaco dal deposito
- verifica l'assunzione dello stesso da parte dello studente secondo le modalità indicate nel Piano Terapeutico
- segnala alla famiglia eventuali effetti collaterali osservati

(b) Somministrazione di farmaci in seguito ad una **emergenza** (manifestazione acuta e non prevedibile correlata ad una patologia cronica nota richiedente intervento immediato):

- **Mantenere la calma** (particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione);
- l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico in servizio al piano;
- il collaboratore scolastico del piano avverte immediatamente gli addetti al primo soccorso (personale addetto alla somministrazione del farmaco);
- l'insegnante di classe affida gli altri studenti al collaboratore scolastico che avrà cura di tenerli fuori dalla classe;
- l'addetto al primo soccorso:
  - valuta la situazione e la gravità dello studente
  - pratica le misure di primo soccorso
  - richiede il supporto degli altri addetti al primo soccorso
  - uno degli addetti al primo soccorso consulta il Piano Terapeutico reperibile nel deposito dei farmaci
  - preleva il farmaco dal deposito
  - somministra il farmaco secondo le modalità indicate nel Piano Terapeutico
  - attiva il numero unico dell'emergenza (112)
  - avvisa la Presidenza che informerà i genitori
  - assiste lo studente sino ad avvenuta presa in carico da parte del Personale Medico e Paramedico dei Servizi di Emergenza-Urgenza Territoriale.

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

<b>710 a</b> del 25/02/2019	<b>ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J.C. MAXWELL"</b>	Pag. 1 di 2
<b>RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA IN CASO DI URGENZA SANITARIA</b>		

Al Dirigente Scolastico

IIS "J.C.Maxwell"

I sottoscritti : \_\_\_\_\_ (cognome nome **madre**)

\_\_\_\_\_ (cognome nome **padre**)

genitori di \_\_\_\_\_ (cognome nome **alunno**)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'IIS "J.C.Maxwell"

### CHIEDIAMO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione (Piano Terapeutico) redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

- sia/no somministrato/i a nostro/a figlio/a dal personale della scuola (docente o non docente)**

Autorizziamo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

- nostro/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale della scuola (docente o non docente)**

Data \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

#### **Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE/679/16 "GDPR" e del D. Lgs. 196/03**

Il trattamento dei dati è funzionale all'espletamento della richiesta ed è necessario per una corretta gestione del rapporto e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate. Il Titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso. Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali ed in particolare lo stato di salute. I trattamenti di dati personali per queste categorie particolari sono effettuati in osservanza dell'art 9 del GDPR. In generale, ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste. I suoi dati saranno comunicati esclusivamente a soggetti competenti e debitamente nominati per l'espletamento dei servizi necessari ad una corretta gestione del rapporto, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.

I suoi dati saranno trattati unicamente da personale espressamente autorizzato dal Titolare.

I suoi dati potranno essere comunicati a terzi quali operatori del servizio AREU (in caso di necessità di un intervento sanitario d'urgenza). L'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. UE 679/16 "GDPR" per l'esercizio dei quali si può rivolgere al Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) presso l'Istituto Maxwell via Don Calabria 2 - 20132 Milano (email [privacy@maxwell.mi.it](mailto:privacy@maxwell.mi.it))

Data \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

☒ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

☒ Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

**Note – vedi retro**

## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico, avendo cura di specificare eventuali particolari condizioni di conservazione del/i farmaco/i.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Al termine del trattamento copia del presente documento e degli allegati verrà conservato per un periodo di 10 anni da parte dell'Istituto.

<b>710 b</b> del 30/01/2019	<b>ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J.C. MAXWELL"</b>	Pag. 1 di 2
<b>RICHIEDA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA IN CASO DI URGENZA SANITARIA STUDENTI MAGGIORENNI</b>		

Al Dirigente Scolastico

IIS "J.C.Maxwell"

Io sottoscritto : \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'IIS "J.C.Maxwell"

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione (Piano Terapeutico) redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**mi sia/no somministrato/i dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

**mi auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico.**

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE/679/16 "GDPR" e del D. Lgs. 196/03**

Il trattamento dei dati è funzionale all'espletamento della richiesta ed è necessario per una corretta gestione del rapporto e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate. Il Titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso. Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali ed in particolare lo stato di salute. I trattamenti di dati personali per queste categorie particolari sono effettuati in osservanza dell'art 9 del GDPR. In generale, ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste. I suoi dati saranno comunicati esclusivamente a soggetti competenti e debitamente nominati per l'espletamento dei servizi necessari ad una corretta gestione del rapporto, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.

I suoi dati saranno trattati unicamente da personale espressamente autorizzato dal Titolare.

I suoi dati potranno essere comunicati a terzi quali operatori del servizio AREU (in caso di necessità di un intervento sanitario d'urgenza). L'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. UE 679/16 "GDPR" per l'esercizio dei quali si può rivolgere al Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) presso l'Istituto Maxwell via Don Calabria 2 - 20132 Milano (email [privacy@maxwell.mi.it](mailto:privacy@maxwell.mi.it))

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

☒ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

☒ Familiare di riferimento (specificare):

1. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

**Note – vedi retro**

## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico, avendo cura di specificare eventuali particolari condizioni di conservazione del/i farmaco/i.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Al termine del trattamento copia del presente documento e degli allegati verrà conservato per un periodo di 10 anni da parte dell'Istituto.

<b>711 a</b> del 25/02/2019	<b>ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J.C. MAXWELL"</b>	Pag. 1 di 2
<b>RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA PER CONTINUITÀ TERAPEUTICA</b>		

Al Dirigente Scolastico

IIS "J.C.Maxwell"

I sottoscritti : \_\_\_\_\_ (cognome nome **madre**)

\_\_\_\_\_ (cognome nome **padre**)

genitori di \_\_\_\_\_ (cognome nome **alunno**)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'IIS "J.C.Maxwell"

**CHIEDIAMO**

**che nostro/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale della scuola (docente o non docente)**

del/dei farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione (Piano Terapeutico) redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Data \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

**Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE/679/16 "GDPR" e del D. Lgs. 196/03**

Il trattamento dei dati è funzionale all'espletamento della richiesta ed è necessario per una corretta gestione del rapporto e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate. Il Titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso. Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali ed in particolare lo stato di salute. I trattamenti di dati personali per queste categorie particolari sono effettuati in osservanza dell'art 9 del GDPR. In generale, ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste. I suoi dati saranno comunicati esclusivamente a soggetti competenti e debitamente nominati per l'espletamento dei servizi necessari ad una corretta gestione del rapporto, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.

I suoi dati saranno trattati unicamente da personale espressamente autorizzato dal Titolare.

I suoi dati potranno essere comunicati a terzi quali operatori del servizio AREU (in caso di necessità di un intervento sanitario d'urgenza). L'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. UE 679/16 "GDPR" per l'esercizio dei quali si può rivolgere al Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) presso l'Istituto Maxwell via Don Calabria 2 - 20132 Milano (email [privacy@maxwell.mi.it](mailto:privacy@maxwell.mi.it))

Data \_\_\_\_\_ Firma madre \_\_\_\_\_

Firma padre \_\_\_\_\_

☒ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

☒ Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_

Padre cell.: \_\_\_\_\_

**Note – vedi retro**

## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Al termine del trattamento copia del presente documento e degli allegati verrà conservato per un periodo di 10 anni da parte dell'Istituto.

711 b del 25/02/2019	ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J.C. MAXWELL"	Pag. 1 di 2
<b>RICHIEDA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA PER CONTINUITÀ TERAPEUTICA STUDENTI MAGGIORENNI</b>		

Al Dirigente Scolastico

IIS "J.C.Maxwell"

Io sottoscritto : \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'IIS "J.C.Maxwell"

**CHIEDO**

**la possibilità di auto-somministrarmi la terapia farmacologica in ambito scolastico**

del/dei farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione (Piano Terapeutico) redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE/679/16 "GDPR" e del D. Lgs. 196/03**

Il trattamento dei dati è funzionale all'espletamento della richiesta ed è necessario per una corretta gestione del rapporto e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate. Il Titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso. Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali ed in particolare lo stato di salute. I trattamenti di dati personali per queste categorie particolari sono effettuati in osservanza dell'art 9 del GDPR. In generale, ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui agli artt. 6, 32 del GDPR e mediante l'adozione delle adeguate misure di sicurezza previste. I suoi dati saranno comunicati esclusivamente a soggetti competenti e debitamente nominati per l'espletamento dei servizi necessari ad una corretta gestione del rapporto, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.

I suoi dati saranno trattati unicamente da personale espressamente autorizzato dal Titolare.

I suoi dati potranno essere comunicati a terzi quali operatori del servizio AREU (in caso di necessità di un intervento sanitario d'urgenza). L'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15,16,17,18,19,20,21 e 22 del Reg. UE 679/16 "GDPR" per l'esercizio dei quali si può rivolgere al Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) presso l'Istituto Maxwell via Don Calabria 2 - 20132 Milano (email [privacy@maxwell.mi.it](mailto:privacy@maxwell.mi.it))

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

☒ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

☒ Familiare di riferimento (specificare):

3. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

**Note – vedi retro**

## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Al termine del trattamento copia del presente documento e degli allegati verrà conservato per un periodo di 10 anni da parte dell'Istituto.





<b>715</b> del 25/02/2019	<b>ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J.C. MAXWELL"</b>	Pag. 1 di 1
<b>VERBALE DELLA CONSEGNA DEL MEDICINALE SALVAVITA</b>		

In data ...../...../..... il sig./la sig.ra/lo studente maggiorenne .....  
genitore dell'alunno .....  
frequentante nell'A.S. ....../..... la classe ..... dell'IIS J.C.Maxwell di Milano,  
consegna al prof./alla prof.ssa..... una confezione integra del  
medicinale .....

Numero di lotto.....

Scadenza .....

Modalità di conservazione .....

Il genitore/lo studente maggiorenne provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Madre cell.: \_\_\_\_\_

Padre cell.: \_\_\_\_\_

Milano, ...../...../.....

Il genitore/lo studente maggiorenne

Il docente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>716</b> del 25/02/2019	<b>ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J.C. MAXWELL"</b>	Pag. 1 di 1
<b>AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO</b>		

**indispensabile all'alunno .....**  
**frequentante la classe ..... dell'IIS J.C.MAXWELL di Milano**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'IIS J.C.Maxwell di Milano, dal sig./dalla sig.ra/dallo studente maggiorenne .....  
 per il figlio/la figlia.....  
 relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente **piano di intervento**:

- il genitore/lo studente maggiorenne ha consegnato al personale dell'Istituto una confezione nuova ed integra del medicinale .....  
da somministrare come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente;
- il genitore/lo studente maggiorenne provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto;
- Il medicinale è conservato nell'ufficio dei collaboratori del D.S. situato al primo piano, luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione insieme ad una copia del Piano Terapeutico per un pronto utilizzo.
- il medicinale sarà somministrato all'alunno da  
 il prof./la prof.ssa .....  
 il sig./la sig.ra ..... e  
 il sig./la sig.ra .....

Milano, ...../...../.....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

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

717 del 25/02/2019	ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "J.C. MAXWELL"	Pag. 1 di 2
<b>PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA</b>		

Al Personale Docente della classe.....

Al Personale ATA

Il genitore dell'alunno/lo studente maggiorenne.....  
 frequentante la classe ..... dell'IIS J.C.Maxwell ha consegnato all'istituto una confezione  
 nuova ed integra del medicinale .....  
 da somministrare in caso di ....., così come evidenziato  
 da certificazione medica consegnata in segreteria.

Il genitore/lo studente maggiorenne provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione  
 integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto.

Il medicinale è stato conservato nell'ufficio dei collaboratori del D.S. situato al primo piano, luogo  
 sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.

Nel caso allo studente dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà  
 attuando il seguente **piano di azione**:

Comportamenti del personale:

1. **Mantenere la calma** (particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione)
2. l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico in servizio al piano.
3. il Collaboratore scolastico del piano avverte immediatamente gli addetti al primo soccorso:
  - prof./la prof.ssa ..... 0
  - sig./la sig.ra ..... 0
  - sig./la sig.ra ..... personale  
 addetto alla somministrazione del farmaco.
4. l'insegnante di classe affida gli altri studenti al collaboratore scolastico che avrà cura di tenerli  
 fuori dalla classe.
5. L'addetto al primo soccorso:
  - valuta la situazione e la gravità dello studente
  - pratica le misure di primo soccorso
  - richiede il supporto degli altri addetti al primo soccorso
  - uno degli addetti al primo soccorso consulta il Piano Terapeutico reperibile nel deposito  
 dei farmaci
  - preleva il farmaco dal deposito
  - somministra il farmaco secondo le modalità indicate nel Piano Terapeutico

- attiva il numero unico dell'emergenza (112)
- avvisa la Presidenza che informerà i genitori
- assiste lo studente sino ad avvenuta presa in carico da parte del Personale Medico e Paramedico dei Servizi di Emergenza-Urgenza Territoriale.