



Prot. _____

Pesaro, _____

ACCORDO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Il presente Accordo tra..... e
..... genitori dell'alunno
iscritto per l'anno scolastico _____ alla cl. ____ sez. ____ della Scuola
Primaria/Infanzia/Secondaria di 1° grado _____ e Biagini Cinzia, Dirigente
Scolastica dell'Istituto Comprensivo Statale "L. Pirandello", è stipulato per la
somministrazione di farmaci in orario scolastico da parte degli operatori scolastici e docenti.

Viste le indicazioni contenute nelle Linee Guida congiunte MIUR e Ministero della Salute del 25 novembre 2005, trasmesse con nota n. 2312 del 25/11/2005;

- Vista la lettera autorizzativa dei genitori prot. n. ____ del _____;
- Vista la dichiarazione del medico specialista Dott. :.....(allegata alla suddetta autorizzazione) che ha in cura il bambino e indica le modalità di somministrazione del farmaco;
- Individuato il luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
- Vista la disponibilità espressa dagli operatori scolastici cofirmatari del presente accordo;
- Valutata la necessità di garantire la somministrazione dei farmaci in caso di evento improvviso;
- Considerato che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto (art. 2. delle Linee Guida di cui sopra)

Si stipula l'accordo in oggetto che stabilisce quanto segue:

I genitori

- si impegnano a fornire i farmaci alla scuola in condizioni di sicurezza rispetto alla loro validità,
- si impegnano a fornire alla scuola una serie di numeri telefonici per una immediata reperibilità;
- Si impegnano ad esonerare tutti gli operatori scolastici coinvolti nella somministrazione da ogni responsabilità civile e penale nella consapevolezza che tale personale non ha competenze sanitarie ma svolge un compito sostitutivo della figura genitoriale

La Scuola

- Si impegna a far partecipare il personale docente assegnato alla classe/al plesso e i collaboratori scolastici in servizio nel plesso ad un incontro informativo con il medico curante sulle modalità di somministrazione del farmaco anche per ricevere le stesse indicazioni che il medico ha già fornito alla famiglia.
- Si impegna a chiamare il soccorso di emergenza 118 e ad informare tempestivamente i genitori in caso si verifichi l'evento.

- Si impegna (tramite gli operatori presenti: collaboratori scolastici e insegnanti di classe/di plesso) a somministrare, all'alunno nei casi previsti dal certificato medico, il farmaco prescritto secondo le modalità indicate precisando che gli operatori non possiedono tra le loro competenze professionali quelle di tipo sanitario ma forniscono la loro disponibilità in sostituzione della famiglia che ha affidato loro il minore.
- Si impegna ad informare della situazione eventuali operatori scolastici temporanei (csd. supplenti).

Entrambi le parti si impegnano a segnalare tempestivamente ogni variazione alla situazione attuale e a modificare l'accordo in caso di sopravvenienza di situazioni attualmente non note

L'accordo è valido fino al termine delle lezioni dell'anno scolastico _____ e può essere annullato nel caso in cui le parti contraenti non rispettino gli accordi sottoscritti con la presente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

I GENITORI

.....

.....

.....

LE DOCENTI

I COLLABORATORI SCOLASTICI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allegato n. 1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI/RIMEDI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....

Data di nascitaResidente a

in via Telefono

Classe/sezione..... della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco/rimedio

Nome commerciale del farmaco/rimedio.....

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1^ dose 2^ dose 3^dose 4^ dose

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco/rimedio.....

note

.....

Data

di Medicina Generale o Pediatra

Timbro e firma del Medico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/RIMEDI

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/rimedi 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 _____