

Allegato 5_Piano di Intervento Personalizzato per la (auto) somministrazione farmaco-i

Alla Famiglia dell'alunno/a _____
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Al Fascicolo personale dell'alunno/a _____
Alla MMG/PLS _____

OGGETTO: PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO PER LA (AUTO) SOMMINISTRAZIONE DEL /I FARMACO/I IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A.....

IL 1° ISTITUTO COMPRESIVO DI MELILLI

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, ordine di Scuola Infanzia/Primaria/secondaria di primo grado sito in via....., sita in Melilli/Villasmundo;

VISTA la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di MMG/PLS dell'Azienda USL n. / dal dott.re 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 auto-somministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

VISTI gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante

DISPONE

- che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato sig.re / 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, 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 il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'auto somministrazione, ecc.): _____;
- che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente informato dal MMG/PLS, individuato dalla Dirigente Scolastica:
 - 1) COGNOME e NOME _____
Tipo di personale _____
Data dell'informazione _____
 - 2) COGNOME e NOME _____
Tipo di personale _____
Data dell'informazione _____
 - 3) COGNOME e NOME _____
Tipo di personale _____
Data dell'informazione _____
- **che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari e straordinari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione; al verificarsi di tali evenienze la famiglia si assume l'onere per procedere alla soluzione contingente di somministrazione .**

Melilli, _____

La Dirigente Reggente
Pinella Giuffrida