

AIUTO ALLA COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 1 DA PARETE DEI GENITORI

La richiesta di formazione del personale scolastico sui farmaci “salva vita” ad opera della ASL ROMA 3 va attivato presentandone richiesta al Dirigente Scolastico tramite la compilazione di un modulo composto da 2 fogli: Allegato 1 e Allegato 2.

L'Allegato 1 va compilato dai genitori che presentano la figlia/il figlio, inserendo tutti i dati anagrafici e la richiesta ufficiale di formazione.

Il tipo di richiesta, segnalata con la spunta di una o più voci, varia a seconda della patologia, nonché del farmaco salva vita.

Di seguito alcuni esempi di richieste che si trovano nell'Allegato 1 (distinti per patologia) ai quali si può fare riferimento per la giusta compilazione del modello originale in possesso dalla scuola.

ASMA SENZA DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO:

CASO 1:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☒ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - ☒ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ASMA CON DISTANZIATORE E SALBUTAMOLO:

CASO 2:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- ☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - ☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ASMA SENZA DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO E BENTELAN E/O CETIRIZINA:

CASO 3:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- ☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☒ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- ☒ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ASMA CON DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO E BENTELAN E/O CETIRIZINA:

CASO 4:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- ☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- ☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ANAFILASSI/EPILESSIA/CONVULSIONI FEBBRILI/DIABETE:

CASO 5:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- ☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- ☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Una volta consegnato il farmaco o i farmaci si procederà a compilare la parte successiva, inserendo n° di lotto e scadenza.

Di seguito andranno apposte le firme di ENTRAMBI i genitori o di chi ha la patria potestà sul minore. Se ciò non è possibile va specificato il motivo.

NB. Nel caso di separazioni e affidi esclusivi va fatto firmare dal genitore affidatario e va allegata la sentenza.

In fine vanno inseriti tutti i numeri utili in caso di urgenza, in primis quello dei genitori (anche numero del lavoro) e del medico di riferimento (personale e dello studio) e se la patologia non prevede la perdita di coscienza si possono indicare anche i numeri dei delegati (nonni, zii ecc...).

AIUTO ALLA COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 2 DA PARETE DEL MEDICO

Nella compilazione di questo Allegato il medico deve tener conto che la somministrazione andrà eseguita da personale NON sanitario, quindi dovrà essere particolarmente preciso nella compilazione.

In particolar modo devono essere indicati chiaramente farmaci, dosi e i sintomi che il bambino può manifestare quando il personale scolastico deve agire, in modo da NON poter avere discrezionalità nell'intervento.

NON è necessario allegare altro tipo di documentazione.

Ricordare di mettere data, timbro e firma.

Nome commerciale del farmaco da somministrare:	
Modalità di somministrazione:	
Orario: 1^ dose; 2^ dose; 3^ dose; 4^ dose;	
SPAZIO DEDICATO ALLA TERAPIA AD ORARIO. IL FARMACO SALVA VITA NON È TEMPORIZZABILE.	
Durata della terapia:	
Modalità di conservazione:	
Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):	
☐ Parziale autonomia	☐ Totale autonomia
Terapia d'urgenza	
Nome commerciale del farmaco da somministrare:	
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:	
Dose:	
Modalità di somministrazione:	
Modalità di conservazione:	
Note	

NB: I precedenti tre fogli hanno solo fini esemplificativi, NON SONO I MODELLI ORIGINALI!
Per gli originali, se non ricevuti insieme al presente Vademecum si prega di riferirsi alla scuola.