ISTITUTO COMPRENSIVO RENDE
Protocollo Farmaci a Scuola

ALLEGATO 1: Richiesta, Consenso Informato e Formale Manleva Analitica dei Genitori

1. ANAGRAFICA GENITORI E ALUNNO/A

Padre/Esercente: _____ Nato a: _____ il: _____

Madre/Esercente: _____ Nata a: _____ il: _____

In qualità di esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a: _____

C.F.: _____ Classe/Sezione: _____ Plesso: _____

2. RICHIESTA, AUTOSOMMINISTRAZIONE E DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITÀ

CHIEDONO:

☐ La somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le modalità dettagliate e prescritte **nell'attestazione medica allegata**, rilasciata dal Dott. _____ in data _____

☐ L'autorizzazione all'AUTOSOMMINISTRAZIONE del farmaco da parte dell'alunno/a in autonomia, sotto la supervisione e secondo le indicazioni prescrittive fornite dal medico curante nella **certificazione allegata**.

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ ANALITICA:

- L'assoluta e oggettiva impossibilità di provvedere personalmente o tramite personale sanitario specializzato alla somministrazione/supporto del farmaco durante l'orario di lezione.
- Di prendere atto formalmente e inequivocabilmente che il personale scolastico (docente e/o ATA) NON possiede alcuna qualifica, titolo, abilitazione o competenza di natura medica, infermieristica o sanitaria.
- Di sollevare integralmente la scuola dall'obbligo di valutare la correttezza della prescrizione medica, impegnandosi ad attenersi rigidamente alle indicazioni scritte dal medico curante.
- Di autorizzare espressamente il personale scolastico ad eseguire la somministrazione materiale (o a vigilare sull'autosomministrazione) attenendosi esclusivamente alle istruzioni fornite.
- Di impegnarsi a consegnare preventivamente il farmaco in confezione integra, originale, sigillata, non scaduta e corredata di foglietto illustrativo e verbale di consegna.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente e per iscritto qualsiasi variazione di dosaggio, sospensione o interruzione della terapia prescritta, provvedendo al reintegro periodico.
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità connesse alla gestione della richiesta (ASL, Enti locali, Ministero) ai sensi del GDPR.

3. MANLEVA E ESONERO TOTALE DA RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE

AVVERTENZA CRITICA E MANLEVA ANALITICA: I genitori dichiarano espressamente di essere consapevoli di tutti i rischi connessi all'assenza di personale sanitario all'interno dell'istituzione scolastica e di autorizzare il trattamento secondo i protocolli dell'Istituto. Pertanto, nei massimi limiti consentiti dalla legge, i sottoscritti sollevano, manlevano e tengono indenni in via definitiva l'Istituto Scolastico, il Dirigente

Scolastico, i docenti, il personale ATA e l'intera comunità scolastica da qualsiasi responsabilità civile, penale, amministrativa, patrimoniale e risarcitoria. Tale esonero si estende a qualsiasi conseguenza dannosa, evento acuto, reazione avversa, effetto collaterale o aggravamento della patologia derivante sia dalla somministrazione/autosomministrazione del farmaco (anche se eseguita in perfetta conformità alle istruzioni mediche), sia da ritardi, omissioni o margini di errore materiale dovuti all'inesperienza sanitaria del personale o a imprevedibili emergenze cliniche in ambiente scolastico.

Firma del Padre / Esercente Resp. Genitoriale: _____

Firma della Madre / Esercente Resp. Genitoriale: _____

SI ALLEGA COPIA DELLA CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITà FIRMATA

ALLEGATO 2: Attestazione e Prescrizione Medica Analitica e Dettagliata

1. ATTESTAZIONE DIAGNOSI E PROFILO CLINICO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ in qualità di Medico di Medicina Generale / Pediatra / Specialista, iscritto all'Ordine della Provincia di _____ al n. _____

Certifica che l'alunno/a: _____ Nato/a il: _____ Diagnosi clinica analitica / Patologia: _____

2. PRESCRIZIONE TERAPEUTICA, MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE E AUTOSOMMINISTRAZIONE

Si rende indispensabile la disponibilità, la somministrazione o l'autosomministrazione del seguente farmaco durante l'orario scolastico:

- Nome commerciale e principio attivo: _____
- Forma farmaceutica e dosaggio: _____
- Via di somministrazione: [ ] Orale [ ] Intramuscolare [ ] Sottocutanea [ ] Altra (specificare): _____
- Orario preciso / Condizioni d'uso: _____
- Durata terapia: dal _____ al _____

DESCRIZIONE ANALITICA ESTESA DELLE OPERAZIONI DI SOMMINISTRAZIONE E GESTIONE (compilazione a cura del Medico):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INDICAZIONI DETTAGLIATE PER SITUAZIONI DI EMERGENZA O REAZIONI AVVERSE:

_____

_____

_____

3. ATTESTAZIONE MEDICA SULL'IDONEITÀ E LIMITI DEL PERSONALE SCOLASTICO

Il sottoscritto medico dichiara sotto la propria responsabilità professionale che la terapia prescritta:

[ ] Può essere eseguita mediante semplici atti materiali da parte di personale scolastico comune (docente o ATA) preventivamente informato, non richiedendo competenze infermieristiche specialistiche complesse o manovre medico-chirurgiche invasive (pur ribadendolo che detto personale è privo di qualsiasi qualifica sanitaria).

[ ] Prevede l'autosomministrazione autonoma o guidata da parte dell'alunno sotto la supervisione formativa del personale scolastico.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

Recapito telefonico / Studio Medico: _____