

Allegato 4- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO

Relativo all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

non sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

Il dirigente scolastico,

- Acquisita la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà) - Allegato 1,
- Acquisita l' autorizzazione alla somministrazione di farmaci nell'ambito scolastico - Allegato 2,

INDIVIDUA

il gruppo di operatori scolastici incaricati in caso di emergenza della somministrazione dei farmaci, costituito dalle seguenti persone:

Sig. _____

Sig. _____

Sig. _____

La formazione degli operatori sopra elencati è avvenuta tramite:

- La messa a disposizione delle istruzioni d'uso del produttore del farmaco.
- La messa a disposizione delle istruzioni del medico (allegato 2).
- Incontro informativo, sulle modalità organizzative, con il dirigente scolastico (data _____).
- Incontro informativo/formativo avuto con il medico prescrivente sulle modalità attuative (data _____).
- Incontro informativo/formativo con altro personale sanitario competente sulle modalità attuative (data _____).

La corretta conservazione dei farmaci avverrà tramite:

- Conservazione in frigorifero a temperatura _____
- Conservazione lontano dalla luce o fonti di calore.
- Conservazione fuori dalla portata dei bambini.
- Altro: _____
- Altro: _____
- Altro: _____

Data, _____

Il Dirigente Scolastico