

Allegato 4

**PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELL'AMBITO SCOLASTICO**

Relativo all'alunno/a:

\_\_\_\_\_

Cognome e nome

Nato/a a : \_\_\_\_\_

in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_

del Comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_

della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in via: \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_

affetto/a 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. \_\_\_\_\_ Firma .....

Sig. \_\_\_\_\_ Firma .....

Sig. \_\_\_\_\_ Firma .....

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: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico