



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO PROFESSIONALE di STATO per i SERVIZI

COMMERCIALI – TURISTICI - SOCIALI

L. EINAUDI



Varese, Via Bertolone, 7 - Tel. 0332-239209 - Fax 0332 – 830340



Circ.n° 38

**A tutti gli Alunni
A tutte le Famiglie
A tutto il Personale
Ai Coordinatori di Classe
All'RLS**

**OGGETTO: Gestione delle terapie programmate.
DA LEGGERE IN CLASSE:**

In caso di presenza di soggetti affetti da patologie croniche o acute in trattamento terapeutico, compatibili con la frequenza scolastica, l'Istituto adotta i provvedimenti necessari in collaborazione con il Medico Curante e la Famiglia e in considerazione delle esigenze specifiche.

Il Genitore, nell'interesse del proprio figlio, è tenuto a segnalare qualsiasi patologia che potenzialmente possa determinare una situazione di emergenza. La segnalazione avverrà mediante la compilazione di moduli reperibili presso la bidelleria di ogni istituto.

Anche per situazioni particolari in cui è prevista l'auto-somministrazione di farmaci a scuola, il Genitore o lo Studente stesso, se maggiorenne, farà richiesta al Dirigente Scolastico compilando gli appositi moduli reperibili presso la bidelleria di ogni istituto.

I Coordinatori di Classe, entro il giorno 02 Ottobre 2017, controlleranno che l'avviso sotto riportato sia stato firmato dai Genitori/Tutori.

DA DETTARE SUL LIBRETTO:

Le famiglie degli alunni minorenni o gli alunni maggiorenni

- 1) affetti da patologie croniche che possano determinare situazioni di emergenza;
- 2) che necessitino di auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico

sono invitate a comunicare tali situazioni al Dirigente Scolastico mediante apposita modulistica depositata presso le bidellerie dell'Istituto. Si evidenzia inoltre che l'assunzione di farmaci non preventivamente comunicata al Dirigente Scolastico è da ritenersi vietata.

Varese, 26/09/2017

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Marina Raineri

MR/ls

E-mail einaudi.va@tin.it - www.ipceinaudivarese.org

Servizio di Primo Soccorso Interno: gestione delle terapie programmate
MODULO 1

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

• **SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Io sottoscritto _____
Genitore/Tutore dell'alunno/Studente _____
Frequentante la classe/sezione _____
Dell'Istituto Professionale di Stato per i Servizi Commerciali, Turistici e Sociali "L. Einaudi" di Varese

CHIEDO

- La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

• **AUTOSOMMINISTRAZIONE PER MAGGIORENNI**

Io sottoscritto _____
Frequentante la classe/sezione _____
Dell'Istituto Professionale di Stato per i Servizi Commerciali, Turistici e Sociali "L. Einaudi" di Varese

COMUNICO

La necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologia, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco _____
Dosi _____
Orari _____
Periodo di somministrazione _____
Modalità di conservazione _____

Varese, ___ / ___ / ____

Firma del Genitore/tutore o dello studente maggiorenne

NOTE

La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Servizio di Primo Soccorso Interno: gestione delle terapie programmate
MODULO 2

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Residente _____ Tel. _____
I.P.S.S.C.T.S. "L. Einaudi" di Varese Classe/Sezione _____

NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA IN AMBITO SCOLASTICO

Nome commerciale del farmaco _____
Dose e modalità di somministrazione _____
Orario 1° dose _____ 2° dose _____ 3° dose _____ 4° dose _____
Durata terapia _____
Modalità di conservazione _____

Nome commerciale del farmaco _____
Evento per il quale somministrare il farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____
Eventuali note di pronto soccorso _____

Modalità di conservazione _____

Varese, __ / __ / ____

Timbro e Firma del Medico

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la auto-somministrazione della terapia prescritta in ambito e in orario scolastico

Varese, __ / __ / ____

Timbro e Firma del Dirigente Scolastico
