ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE
Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica
Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11
email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it
Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

MODELLO DI VERBALE PER CONDIVISIONE PIANO DI INTERVENTO

Il giorno …… alle ore …….. presso ……... si sono riuniti il Dirigente Scolastico (o suo delegato) e ……. …….. per concordare il piano di intervento da adottarsi ai fini della somministrazione / autosomministrazione del farmaco indispensabile / salvavita dell'alunno ……. …… frequentante la sezione/classe …… della scuola ……. del plesso …… .

Il piano di intervento viene letto e illustrato nei dettagli e costituisce parte integrante del presente verbale. Se ne riportano qui alcuni elementi essenziali.

CONSEGNA DEL FARMACO (Se la consegna del farmaco non avviene in seduta dovrà essere redatto l'allegato D - Verbale consegna del farmaco).

I genitori/tutori dell'alunno/a ……. consegnano un flacone nuovo ed integro del medicinale …… da somministrare da somministrare all'alunno/a come da certificazione medica e Piano Terapeutico (Allegato B) consegnata in segreteria, rilasciata in data ___/___/_____ dal (barrare la voce corrispondente):

□ Servizio di pediatria della Azienda USL……..

□ medico pediatra di libera scelta dott. ……

□ medico di medicina generale dott. ……

Oppure (in caso di autosomministrazione)

Provvederanno ad accertarsi che l'alunno/a abbia con sè il medicinale di cui all'oggetto della richiesta.

I genitori:

- Autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- Provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato / scaduto, inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Oppure (in caso di autosomministrazione)

I genitori:

- Autorizzano il/la proprio figlio/a ad autosomministrarsi il farmaco alla presenza del personale scolastico resosi disponibile;
- Dichiarano di aver istruito il/la proprio figlio/a in merito alle modalità di somministrazione e che lo/la stesso/a è autonomo nella gestione della situazione specifica.

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO, SUA COLLOCAZIONE A SCUOLA E CUSTODIA

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico, nel seguente luogo:.....con le seguenti modalità:.....
.....

VERIFICARSI DELLA SITUAZIONE

Come indicato nel Piano terapeutico il farmaco deve essere somministrato periodicamente (indicare frequenza, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione, durata della terapia) / al bisogno (indicare descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno, dose, modalità somministrazione, durata della terapia)/ come salvavita (modalità di somministrazione, descrizione dell'evento che richiede la somministrazione, dose da somministrare).

PROCEDURA

Indicare gli eventi da realizzare (es. 1. Persone che intervengono; 2. Posizione da far assumere all'alunno/a; 3. Posologia e modalità di somministrazione; 4. Chiamate da effettuare e loro tempistica).

AUTORIZZAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il Dirigente Scolastico, prendendo atto della documentazione prodotta e dagli esiti dell'incontro autorizza il piano di intervento per la somministrazione / autosomministrazione del farmaco …… indispensabile / salvavita per l'alunno/a.

Ricorda che è necessario:

- Attenersi strettamente a quanto previsto dal piano di intervento;
- Portare a conoscenza il Dirigente di qualsiasi fatto che imponga di modificare/adeguare il piano di intervento;
- Portare a conoscenza della situazione il personale supplente (docente e ATA) che, in corso d'anno presti servizio nella scuola.

È fatto divieto di diffondere le presenti informazioni di carattere sanitario a chiunque non direttamente interessato alla gestione delle emergenze sanitarie di cui trattasi.

Il presente verbale viene letto e sottoscritto da tutti i presenti e diventa immediatamente operativo (oppure: diventerà operativo al momento della consegna del farmaco).

COGNOME e NOME	RUOLO	FIRMA

L'incontro si chiude alle ore

Il verbalizzante

_____