



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca

Istituto Comprensivo Statale Trilussa - 20157 Milano

Fax: 0288448603

Ufficio didattica: Primaria e Secondaria 0288448596

Ufficio personale: 0288448599

e-mail uffici: miic8af001@pec.istruzione.it miic8af001@istruzione.it

www.ictrilussa.edu.it

C.F.80145250157 – Codice Istituto MIIC8AF001

Plessi dipendenti:

Plessi di SCUOLA PRIMARIA:

Trilussa (Graf 74) - codice MIEE8AF013

via Graf 70 - codice MIEE8AF024

Plesso SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO: via Graf 74 – codice MIMM8AF012

Circ. n.18
Prot.n.2352 IV.8
Del 03.10.2022

Al D.S.G.A
A tutto il personale docente
Ai genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale
degli alunni dell'Istituto
Albo on line
sito web d'Istituto
Atti sicurezza - Sede

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI, SALVAVITA E INDISPENSABILI A SCUOLA

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli: **allegato 1 e 2A** da compilare a cura dei genitori e del medico curante e da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione da parte degli alunni.

Se i genitori hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), devono **comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso**, compilando gli allegati: allegato 1 e 2A.

Le SS.LL., sono invitate a inviare i moduli di cui sopra corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica: **miic8af001@istruzione.it**

Nota bene: si avvisano i genitori che l'oggetto della mail deve contenere la seguente dicitura: **"Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy"**.

Successivamente i genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Ines Anna Irene Nesi
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93*

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

(all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO**

REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà