



**Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana**  
**Distretto Socio Sanitario n. 1**  
G.B. Giustinian, Dorsoduro 1454  
30123 Venezia

**U.O. Consultorio Familiare  
e Tutela Prima Infanzia**

---

**SERVIZIO PEDIATRIA DI COMUNITA'**

Tel. 041 5294056

Fax 041 5294003

e-mail: [dist1.pedcom@ulss12.ve.it](mailto:dist1.pedcom@ulss12.ve.it)

# **SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

In ambito scolastico vengono somministrati dagli Operatori scolastici solo farmaci cosiddetti "salvavita". (cfr. Raccomandazioni dei Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca del 25.11.05 e Protocollo d'Intesa tra CSA di Venezia e Direttori Generali delle Aziende Ulss 10, 12, 13, 14 della Provincia di Venezia, prot. 1142 del 28.09.06)

Per la somministrazione di un farmaco un "salvavita" è necessario attenersi alla seguente procedura:

**Il genitore/ tutore :**

1. inoltra la richiesta / autorizzazione per la somministrazione del farmaco "salvavita" alla Direzione Scolastica contestualmente alla presentazione della prescrizione del Medico di Famiglia o del Pediatra di Famiglia.
2. fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze.
3. fornisce il farmaco, tenendo nota della scadenza.

**Il Dirigente Scolastico :**

1. autorizza la somministrazione del farmaco una volta acquisita la documentazione dal genitore/tutore.
2. individua il personale che offre la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco.
3. organizza momenti formativi/informativi per il personale scolastico docente e non docente con il Pediatra di Comunità dell'Ulss (richiesta con Fax alla Pediatria di Comunità 041.5294003)
4. garantisce la corretta conservazione del farmaco.

## RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
della scuola d'infanzia / primaria / secondaria \_\_\_\_\_

**chiedo**

- ▶ ☐ **la somministrazione** allo stesso di terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.
- ▶ ☐ la possibilità che lo stesso si **auto-somministri** la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

**Farmaco** \_\_\_\_\_

**Autorizzo**, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica.

Firma del/i genitore/i

Firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Reperibilità tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Note**

La richiesta/autorizzazione **va consegnata al Dirigente Scolastico**.

Essa ha **validità per l'anno scolastico corrente** ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**  
(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)  
**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**  
**(Adrenalina / Diazepam / Salbutamolo / Glucagone)**

COGNOME.....

NOME.....

DATA DI NASCITA.....

PATOLOGIA PRESENTATA.....

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE .....

DOSE.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



# INFORMATIVA SULLA PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE DI "FARMACO SALVAVITA"

I sottoscritti Operatori scolastici della scuola .....

## VISTO

il Protocollo d'Intesa tra CSA di Venezia e Direttori Generali delle Aziende Ulss 10,12,13,14 della Provincia di Venezia, prot. 11427 del 28.09.2006 e le Raccomandazioni sottoscritte dal Ministero della salute e dell'Istruzione in data 25.11.2006 in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico

## DICHIARANO

di aver partecipato all'incontro informativo sulle procedure per la somministrazione del farmaco per gli alunni:

Nome e Cognome	classe	Farmaco
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Venezia, .....

firma degli Operatori Scolastici

.....

.....

il/la Pediatra di Comunità

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana**  
**Distretto Socio Sanitario n. 1**  
G.B. Giustinian, Dorsoduro 1454  
30123 Venezia

**U.O. Consultorio Familiare  
e Tutela Prima Infanzia**

SERVIZIO PEDIATRIA DI COMUNITA'  
Tel. 041 5294056 Fax 041 5294003

e-mail: dist1pedcom@ulss12.ve.it

## SCHEDA PERSONALE

Nome bambino/a .....

classe/sezione .....

reperibilità telefoniche dei genitori/tutori o altri (specificare)

.....

.....

.....

### CHIAMARE il 118 comunicando:

Sono (qualificarsi) della scuola .....

indirizzo ..... telefono.....

Il/la bambino/a .....

affetto da .....

ha i seguenti sintomi .....

.....(dare agli operatori del 118 più informazioni possibile)

Farmaco prescritto.....

(tipo, dose, via di somministrazione)

### IMPORTANTE

il presente cartello deve essere esposto in luogo facilmente accessibile a tutto il Personale della scuola e quanto più rispettoso della privacy del bambino/a