

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ISTITUTO PROFESSIONALE di STATO per i SERVIZI COMMERCIALI – TURISTICI - SOCIALI

COMMERCIALI – TURISTICI - SOCIALI



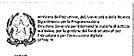
L. EIMAUDI

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









HSIASODOR - OUGEROUS ELMESON FIRST PROMENO (METER)

Circ.nº 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

MR/Is

Prof.ssa Marina Raineri

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

1

Servizio di Primo Soccorso Interno: gestione delle terapie programmate M(0)D)UIL(0)1L

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

lo 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 C H I E D O
 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 C O M U N I C O
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

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			
CognomeNome Data di nascitaResidenteTel					
I.P.S.S.C.T.S. "L. Einat	udi" di Varese	Classe/Sezione			
NECES	SSITA DELLA SEG	UENTE TERAPIA IN	AMBITO SCOLASTICO		
Nome commerciale d	el farmaco				
Dose e modalità di so	mministrazione		4° dose		
Durata terapia					
Modalità di conservaz					
Nome commerciale d	el farmaco				
Evento per il quale so	mministrare il farm	aco			
Dose e modalità di so					
Eventuali note di pror	nto soccorso				
Modalità di conservaz					
Varese,//					
			Timbro e Firma del Medico		
Constatata l'assoluta ambito e in orario sco		izza la auto-sommi	nistrazione della terapia prescritta	ir	
Varese,//		Timbro e	Timbro e Firma del Dirigente Scolastico		