

CARTA INTESTATA ISTITUTO

(FORMAT ISTANZA RICHIESTA)

Al Referente della "Formazione in Situazione"

Distretto Sanitario....

e.mail:.....@asppalermo.org

E p.c.

Al Direttore del Distretto Sanitario

e-mail.....

Oggetto : **Richiesta "Formazione in situazione" in ambito primo soccorso.**

Il/La sottoscritto/a -----, in qualità di Dirigente Scolastico della scrivente Istituzione----- nell'ambito delle attività e obiettivi previsti dal protocollo d'intesa "UNA NUOVA ALLEANZA PER LA SALUTE DEI BAMBINI ", stipulato tra USR e Assessorato della Salute (Giusto decreto del 17.06.2016 – GURS N. 29 del 08.07.2016)

chiede

alla S.V. l'attivazione della "Formazione in Situazione" per il proprio personale scolastico individuato.

Si dichiara inoltre di **essere in possesso di** :

- Richiesta dei genitori dell'alunno _____
- Documentazione medica riguardante l'alunno
- Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci salvavita ed alla formazione.
- Dichiarazione sull'individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti.

La problematica di salute evidenziata è:

(Specificare il bisogno rilevato. *Esempio : Crisi epilettiche in iperpiressia*)-----

Pediatra/MMG: Dott./Dott.ssa _____

Recapito telefonico: Cell.....

Ambulatorio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....

Il Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(a cura dei genitori ; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti.....genitori
di nato a
il residente a in
vian.frequentante la classe della
Scuola.....sita a.
Vian.essendo il minore affetto da
..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmaco salvavita.....

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola , ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/medico curantecell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore

CognomeNome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N.

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra /MMG

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a.....genitore.....
dell'alunno.....frequentante la classe.....
della scuola consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita
.....da somministrare al/alla bambino/a in caso di.....
.....nella dose.....e da certificazione medica
consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal
dott.....

Il genitore:

***provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale
sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento***

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il

Il genitore

.....

SCHEDA "FORMAZIONE IN SITUAZIONE"

Istituto Scolastico: _____ Plesso _____

Sito in _____ data _____

Nome e Cognome degli alunnifrequentante la classe

Operatori Scolastici formati bls-d _____

Insegnati: _____

Collaboratori: _____

Operatori Sanitari _____

Contenuti della Formazione

- Accompagnamento formativo
- Informazioni sulla patologia specifica
- Spiegazione, dimostrazione della tecnica e relativa esecuzione

Note _____

Si dichiara concluso il percorso di formazione/addestramento.

Firma dell'Operatore Scolastico _____

Firma dell'Operatore Sanitario _____

Firma dei genitori _____

Firma del PLS o MMG _____

Firma del PLS Specialista _____

Il Dirigente Scolastico

Il Dirigente Medico



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Distretto n. 42
EDUCAZIONE ALLA SALUTE
Prevenzione in ambito scolastico
Medici: Dr. Ssa Natalia Ligresti

Via Lancia di Brolo 10 bis
Tel. 091/7035480-5555
e-mail: formazioneinsituazione.d42@asppalermo.org

Verbale “Formazione in Situazione”

data.....alle ore

alunno/a.....

Plesso

Si riuniscono:.....

.....
.....
.....
.....
.....

Il Dirigente Scolastico da avvio ai lavori

.....
.....
.....
.....

La dott.ssa _____ introduce i lavori illustrando l'attività del D.S.in ordine alle attività istituzionali e soffermandosi sulla formazione BLSD organizzata negli scorsi anni e rivolta agli operatori scolastici.

.....
.....
.....
.....
.....

Il/La Pediatra del bambino/a illustra la patologia

.....
.....
.....
.....

e fornisce ogni indicazione per la somministrazione del farmaco.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

I/le docenti della classe chiedono informazioni relativamente a

.....
.....
.....
.....

I genitori del bambino/a

.....
.....
.....
.....

Il farmaco è custodito.....

.....
.....

Altri operatori scolastici e/o sanitari.....

.....
.....

L'intervento si conclude alle ore

Firme

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(a cura degli operatori scolastici)

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI

(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita")

VERIFICATESI NELL'ANNO SCOLASTICO _____

NELL'ISTITUTO SCOLASTICO _____

DATA E ORA	ALUNNO	SITUAZIONE VERIFICATESI	INTERVENTO EFFETTUATO DAL PERSONALE SCOLASTICO E FIRMA OPERATORE

I'Operatore scolastico

ESEMPIO DI COMPILAZIONE

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI

(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita")

VERIFICATESI NELL'ANNO SCOLASTICO_____

NELL'ISTITUTO SCOLASTICO_____

DATA E ORA	ALUNNO	SITUAZIONE VERIFICATESI	INTEREVENTO EFFETTUATO DAL PERSONALE SCOLASTICO E FIRMA OPERATORE
28.10.2014 Ore 10,00	Paolo Rossi	Forte sudorazione e pallore diffuso	Ins. Caio F.: somministrato succo di frutta ed avvisato la famiglia. ·0 Firmato: Caio F.
12.4.2015	Paolo Rossi	Sudorazione accompagnata da vomito, convulsioni generalizzate senza perdita di coscienza	- Ins. Bianchi: avvisato uno dei colleghi individuato dal Dirigente Scolastico (l'ins. Tarantola) e la famiglia dell'alunno - Ins. Bianchi: affidati i bambini della classe all'ins. Pinco, avvisato e allertato il 118. - Ins. Tarantola: verificato che dopo un minuto la crisi convulsiva non si attenuava e consapevole che la somministrazione del farmaco anticonvulsivo non comporta effetti collaterali, procedeva alla iniezione del farmaco - Ins. Bianchi: si verificava la risoluzione del caso con scomparsa delle convulsioni e ripresa di coscienza. Aggiornata la famiglia della situazione - Operatore 118: valutazione del caso e trasferimento presso struttura ospedaliera. Firme di tutti gli Operatori Scolastici:

I'OPERATORE SCOLASTICO

ELENCO OPERATORI SCOLASTICI PARTECIPANTI AL CORSO DI FORMAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN EMERGENZA

[illegible]