Allegato 4

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO "PIP"

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Alla Famiglia dello studente/essa _____

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti/Docenti della classe _____ sezione _____

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Alla ASP _____

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato "PIP" per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico allo studente/essa _____

I sottoscritti:

DS _____

❑ Dott. _____ del Servizio di pediatria

dell'ASP_____ ❑ medico pediatra di libera scelta Dott.

_____

❑ medico di medicina generale Dott. _____

Vista la richiesta di somministrazione farmaci con autorizzazione presentata dal ❑ Genitore dello/a ❑ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa

(Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il _____/_____/_____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata

in data _____/_____/_____ dal:

❑ Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP

_____ ❑ medico pediatra di libera scelta Dott.

_____

❑ medico di medicina generale Dott. _____

nella quale si attesta l'assoluta necessità, in orario scolastico, di somministrazione il farmaco (nome commerciale/principio attivo) _____ da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde):

❑ salvavita (oppure) ❑ indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a:

❑ somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a studente/essa;

❑ ad assistere lo studente/essa nella autosomministrazione del farmaco;

secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali/luoghi idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati/atti di formazione o la richiesta di formazione inviata dalla scuola e indirizzata all'ente preposto, del personale individuato per la somministrazione e rilasciati dall'ASP/formazione ricevuta in materia, che sono parte integranti del presente documento;

DISPONGONO

 Che il farmaco venga consegnato dal ❑ Genitore dello/a ❑ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa al responsabile incaricato Sig./Sig.ra_____;

 che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale/luogo:

_____;

 che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del ❑ Genitore

dello/a ❑ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

 che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.):_____ _____;

 Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Qualifica/Attività	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Note

Firma

Il Dirigente Scolastico ❑ Per l'ASP _____ ❑ Il Medico/Pediatra _____ Dott.

_____

Il sottoscritto ❑ Genitore dello/a ❑ Esercente la potestà genitoriale sullo

studente/essa (Cognome e Nome) _____,

nato/a a _____ il _____/_____/_____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

Viste le determinazioni assunte dal DS _____ e dal

❑ Dott. _____ del Servizio di pediatria dell'ASP_____ ❑ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

❑ medico di medicina generale Dott. _____

con la presente:

❑ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

❑ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

_____ (____), _____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

_____