|  |
| --- |
| **PIANO DI AZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**Il genitore dell’alunno/a ……………………………………………… della classe……....ha consegnato al personale della scuola una confezione nuova e integra del medicinale ………………………………………………..da somministrare in caso di …………………………………come da certificazione medica già consegnata in segreteria.Il medicinale è conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.  Nel caso all’alunno/a ………………………………….dovesse essere somministrato il suddetto farmaco, il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:* CONSERVARE LA CALMA
* AVVALERSI DI **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
	+ allertare il Dirigente Scolastico e gli Addetti al Primo Soccorso
	+ chiamare i genitori
	+ informare il 118 e prendere nota delle indicazioni ricevute
* AVVALERSI DI **DUE PERSONE** PER:
	+ accudire l’alunno/a
	+ somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l’apposito protocollo sanitario.

Nel caso l’emergenza si verificasse **al di fuori della classe** (atrio, corridoio, laboratori, biblioteca, aula sostegno, bagni) tutto il personale scolastico è tenuto a partecipare al piano di azione. Individuare:* **UNA PERSONA** PER I CONTATTI:
	+ allertare il Dirigente Scolastico e gli Addetti al Primo Soccorso
	+ chiamare i genitori
	+ informare il 118 e prendere nota delle indicazioni ricevute
* **DUE PERSONE** PER:
	+ accudire l’alunno/a
	+ somministrazione del farmaco indicato dal medico di famiglia con l’apposito protocollo sanitario.
* **UNA PERSONA** PER:
	+ allontanare e mettere in sicurezza gli altri alunni eventualmente presenti

  |

**SCHEDA DELL’ALUNNO/A INSERITO/A NEL PROTOCOLLO**

**NOME ALUNNO/A ....................................................................................**

**CLASSE/SEZIONE ................................................................................................**

REPERIBILITÀ TELEFONICA DEI GENITORI/TUTORI/RESPONSABILI GENITORIALI O ALTRI (specificare)

Madre: Sig. …………………………… Telefono:......................................

Padre: Sig. …………………………… Telefono:......................................

Medico: Sig. …………………………… Telefono:......................................

Altro: Sig. …………………………… Telefono:......................................

**UBICAZIONE FARMACO ......................................................................................................................**

**CHIAMARE IL 118 COMUNICANDO**:

**SONO (qualificarsi).............. DELL’I C Giovanni XXIII di Recale**

**INDIRIZZO .......................................................................(indicare plesso)**

 **L’alunno/a .............................................................................................**

**affetto/a da .............................................................................................**

**ha i seguenti sintomi ............................................................................. ...................................................................................................................**

 (dare agli operatori del 118 più informazioni possibili)

**Farmaco prescritto** (tipo, dose, via di somministrazione)

**.................................................................................................................**

**...............................................................................................................**