

CHECK LIST SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Il/La sottoscritto/a.....

Dirigente scolastico dell'Istituto

ricevuta la richiesta di "somministrazione farmaci" presso questo Istituto durante l'orario scolastico relativamente all'alunno.....

frequentante la classe.....

viste le vigenti Linee guida per la somministrazione farmaci a scuola

dichiara di

- aver individuato nell'aula / nelle vicinanze dell'aula¹ un armadio idoneo alla conservazione separata dei farmaci destinati all'alunno, facilmente individuabili e distinguibili;
- garantire la sicura custodia dei farmaci (chiusura con chiave);
- aver individuato l'idoneo spazio nel frigorifero situato²
- aver individuato il personale scolastico idoneo (insegnanti, dirigenti scolastici, operatori ATA etc) alla somministrazione dei farmaci che provveda al regolare controllo per il reintegro di essi (in particolare controllo delle scadenze e della corretta conservazione);
- garantire la tutela del personale delegato esposto a rischio biologico (taglio e/o puntura accidentale), in possesso del materiale necessario alla somministrazione dei farmaci per la protezione individuale (es. guanti monouso);
- avere a disposizione un elenco dei numeri telefonici di emergenza/urgenza;

In Fede

.....

¹. scegliere l'opzione pertinente

². per farmaci che necessitano di conservazione in frigorifero