

Il presente questionario serve solo per la raccolta dati

MONITORAGGIO 2015 SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA - PROTOCOLLO 22.01.2013

Il Questionario, unico per ciascuna istituzione scolastica, è finalizzato:

- a censire i casi di alunni affetti da patologie croniche che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico (es. crisi convulsive, asma bronchiale, shock anafilattico, diabete giovanile);
- a monitorare l'applicazione del protocollo;
- a valutare costantemente il fabbisogno formativo;
- a censire la presenza dei defibrillatori nelle scuole.

L'invio del questionario on-line dovrà essere effettuato in una sola volta e immediatamente dopo la compilazione di tutti i campi (in particolare quelli obbligatori indicati con *). Si consiglia, prima dell'invio, la stampa delle pagine compilate.

Eventuali comunicazioni o esigenze particolari, anche per l'adozione di ogni intervento eventualmente necessario, potranno essere segnalate direttamente nelle note conclusive.

Referente protocollo U.S.R. e Responsabile monitoraggio on-line: ing. Pasquale F. Costante

*Campo obbligatorio

DATI IDENTIFICATIVI DELLA SCUOLA

1) Denominazione scuola *

(riportare per esteso la denominazione della scuola sede di dirigenza - es. I.I.S. "F.S.Nitti" Potenza)

2) Codice MIUR *

(riportare per esteso il codice MIUR che identifica l'istituzione scolastica principale)

3) Indirizzo della sede principale *

4) Gestione *

(specificare se statale o paritaria)

5) Provincia *

6) Comune (sede principale) *

6) Numero complessivo delle SEDI *

Riportare il numero complessivo delle sedi (punti di erogazione del servizio) compreso la sede centrale (sede centrale e plessi/sez. associate/succursali)

7) Numero complessivo delle PALESTRE a servizio della scuola *

Specificare - per tutte le sedi - il numero complessivo delle palestre (ricadenti dentro o fuori la

scuola)

8) Numero complessivo delle PALESTRE ricadenti nella scuola (nello stesso volume dell'edificio o in un corpo isolato ubicato nell'area di pertinenza della scuola)

Specificare - per tutte le sedi - il numero complessivo delle palestre ricadenti nella scuola (stesso volume dell'edificio o in un corpo isolato ubicato nell'area di pertinenza della scuola)

9) Numero complessivo delle PALESTRE ricadenti fuori dalla scuola (altro edificio)

Specificare - per tutte le sedi - il numero complessivo delle palestre ricadenti fuori dell'area di pertinenza della scuola

10) Dirigente Scolastico *

(COGNOME e nome)

11) Cell. Dirigente Scolastico (da utilizzare solo in caso di emergenza)**12) e-mail personale Dirigente Scolastico (da utilizzare per comunicazioni in caso di emergenza)****13) Numero complessivo Alunni (per tutte le sedi) ***

(riportare in cifre il totale degli alunni)

14) Numero complessivo Alunni con disabilità (con docente di sostegno)

(riportare in cifre il totale - per tutte le sedi - degli alunni div. abili)

15) Numero complessivo Alunni con D.S.A. (con Disturbi specifici di apprendimento)

(riportare in cifre il totale - per tutte le sedi - degli alunni con DSA)

16) Numero complessivo Docenti di sostegno

(riportare in cifre il totale - per tutte le sedi - dei docenti di sostegno)

DATI FIGURE SENSIBILI

17) Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.) *

(COGNOME e nome)

18) Il R.S.P.P. è: *

specificare solo una scelta

19) Recapito telefonico del R.S.P.P. *

(Riportare in cifre il cellulare)

20) Indirizzo e-mail del R.S.P.P. ***21) Nominativo Coordinatore squadra di Primo Soccorso (sede centrale) ***

(COGNOME e nome)

22) Recapito telefonico Coordinatore squadra di Primo Soccorso sede centrale (da utilizzare solo in caso di emergenza) *

(riportare il cellulare - recapito fisso)

23) Numero complessivo Addetti al Primo Soccorso designati nell'a.s. 2014-15 *

(riportare in cifre il totale - per tutte le sedi - degli Addetti al P.S.)

23 bis) Numero complessivo operatori FORMATI (compresi gli Addetti al Primo Soccorso) che hanno seguito i corsi di formazione sulla somm. farmaci a scuola organizzati dall'ASP e ASM nell'a.s.2013-14 *

(riportare in cifre il totale - per tutte le sedi - degli Operatori formati)

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA PER CONTINUITA' TERAPEUTICA - APPLICAZIONE PROTOCOLLO del 22.01.2013 tra USR-REGIONE-ASP-ASM

24) La scuola è a conoscenza del protocollo d'intesa sottoscritto dall'USR Basilicata con la Regione, l'ASP, l'ASM *

Il protocollo, con tutta la modulistica, è scaricabile dal sito UTS

25) Nella scuola sono presenti alunni affetti da patologia cronica (es. crisi convulsive, asma bronchiale, shock anafilattico, diabete giovanile) ? *

Rispondere SI o NO indipendentemente dalla presenza o meno della certificazione

26) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da CRISI CONVULSIVE con patologia certificata (o dichiarata per iscritto dal genitore)?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi)

27) Se SI, quanti sono complessivamente gli alunni affetti da CRISI CONVULSIVE con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola per eventi noti?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi) degli alunni con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola

28) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da ASMA BRONCHIALE con patologia certificata (o dichiarata per iscritto dal genitore)?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi)

29) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da ASMA BRONCHIALE con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola per eventi noti?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi) degli alunni con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola

30) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni a rischio di SHOCK ANAFILLATTICO con patologia certificata (o dichiarata per iscritto dal genitore)?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi)

31) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni a rischio di SHOCK ANAFILLATTICO con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola per eventi noti?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi) degli alunni con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola

32) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da DIABETE GIOVANILE con patologia certificata (o dichiarata per iscritto dal genitore) ?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi)

33) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da DIABETE GIOVANILE con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola per eventi noti?

Riportare in CIFRE il numero complessivo (per tutte le sedi) degli alunni con patologia non certificata ma comunque a conoscenza della scuola

34) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da ALTRE PATOLOGIE certificate (o dichiarata per iscritto dal genitore)?

Specificare il numero complessivo (per tutte le sedi)

35) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da ALTRE PATOLOGIE non certificate (o non dichiarata per iscritto dal genitore) ma comunque a conoscenza della scuola per eventi noti?

Specificare il numero complessivo (per tutte le sedi)

36) Specificare le altre patologie (solo se certificate o dichiarate per iscritto dal genitore)

Specificare le patologie

37) Nel corso dell'a.s. 2014-15 la scuola ha ricevuto, da parte dei familiari degli alunni affetti

da patologia cronica certificata, la richiesta di somministrare farmaci per continuità durante l'orario scolastico? *

Considerare anche i casi di autosomministrazione

SI ▼

38) Se SI, specificare il numero complessivo delle richieste ricevute

specificare in CIFRE il numero complessivo delle richieste ricevute

39) PER CRISI CONVULSIVE - Specificare il numero delle richieste ricevute e l'età degli alunni

specificare in CIFRE il numero delle richieste ricevute e l'età (es. n.2 di età 10-12 anni)

40) PER ASMA BRONCHIALE - Specificare il numero delle richieste ricevute e l'età degli alunni

specificare in CIFRE il numero delle richieste ricevute e l'età (es. n.2 di età 10-12 anni)

41) PER SHOCK ANAFILLATTICO - Specificare il numero delle richieste ricevute e l'età degli alunni

specificare in CIFRE il numero delle richieste ricevute e l'età (es. n.2 di età 10-12 anni)

42) PER DIABETE GIOVANILE - Specificare il numero delle richieste ricevute e l'età degli alunni

specificare in CIFRE il numero delle richieste ricevute e l'età (es. n.2 di età 10-12 anni)

43) PER ALTRE PATOLOGIE- Specificare il numero delle richieste ricevute e l'età degli alunni

specificare in CIFRE il numero delle richieste ricevute e l'età (es. n.2 di età 10-12 anni)

44) Se SI, quali risposte ha fornito la scuola?

Fornire una o più risposte

 Ha applicato il protocollo consentendo l'accesso a scuola di un familiare o di una persona scelta dalla famiglia per la somministrazione del farmaco Ha applicato il protocollo individuando tra docenti e/o personale in forza alla scuola una persona disponibile e formata per la somministrazione del farmaco Ha applicato il protocollo e l'alunno si autosomministra il farmaco Ha applicato il protocollo, rivolgendosi al personale sanitario della ASP/ASM o altro personale competente Non è stata fornita alcuna risposta Altro: **45) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni che si autosomministrano i farmaci?**

Specificare il numero complessivo dei casi presenti

46) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni per cui è stato predisposto un Piano Terapeutico personalizzato

Specificare il numero complessivo

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CASO DI EMERGENZA

47) Indicare il numero di casi di emergenze che si sono effettivamente verificati nell'a.s.2014-15 (solo alunni per i quali è stato applicato il protocollo) con chiamata al 118

Includere solo i casi di emergenza riguardanti gli alunni per i quali è stato applicato il protocollo (somm. farmaci a scuola per continuità terapeutica)

48) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2014-15 per alunni con DIABETE e inseriti nel protocollo

Includere solo i casi di emergenza riguardanti gli alunni per i quali è stato applicato il protocollo (somm. farmaci a scuola per continuità terapeutica)

49) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2014-15 per alunni con EPILESSIA e inseriti nel protocollo

Includere solo i casi di emergenza riguardanti gli alunni per i quali è stato applicato il protocollo (somm. farmaci a scuola per continuità terapeutica)

50) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2014-15 per alunni con ASMA/ALLERGIA e inseriti nel protocollo

Includere solo i casi di emergenza riguardanti gli alunni per i quali è stato applicato il protocollo (somm. farmaci a scuola per continuità terapeutica)

51) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2014-15 per SCHOCK ANAFILLATICO per alunni inseriti nel protocollo

Includere solo i casi di emergenza riguardanti gli alunni per i quali è stato applicato il protocollo (somm. farmaci a scuola per continuità terapeutica)

52) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2014-15 con successivo ricovero

Includere solo i casi di emergenza riguardanti gli alunni per i quali è stato applicato il protocollo (somm. farmaci a scuola per continuità terapeutica)

FABBISOGNO FORMATIVO

53) In presenza di alunni affetti da patologia cronica (a.s. 2014-15) indicare il numero complessivo di persone ANCORA DA FORMARE sulla base del protocollo sottoscritto dall'USR Basilicata

Riportare in CIFRE il numero complessivo di persone ANCORA da formare (docenti, personale ATA etc che si sono dichiarati disponibili a somministrare i farmaci e scelti in primis fra il personale designato "Addetto al Primo Soccorso)

54) Segnalare eventuali altre esigenze (solo in presenza di alunni con patologie croniche)

Continua »

25% completato

Powered by

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.
[Segnala una violazione](#) - [Termini di servizio](#) - [Ulteriori termini](#)

MONITORAGGIO 2015 SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA - PROTOCOLLO 22.01.2013

*Campo obbligatorio

SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA ALL'OCCORRENZA

Somministrazione di farmaci a scuola all'occorrenza ovvero per pazienti noti per essere affetti da una patologia cronica che però, a differenza del diabete ad esempio, non richiede una o più somministrazioni giornaliere.

55) Esistono casi di alunni noti per essere affetti da una patologia cronica che però, a differenza del diabete ad esempio, non richiede una o più somministrazioni giornaliere".? *

NO ▼

56) Se SI indicare il numero di casi *

1

57) Se SI, la scuola è in possesso della terapia individuale loro prescritta dal medico specialista, *

1

58) Se SI, la scuola è in possesso del farmaco da somministrare al bisogno e solo se autorizzato dal medico della Centrale Operativa 118 (su linea registrata)? *

SI

NO

59) Eventuali segnalazioni in presenza di questi casi *

w

« Indietro

Continua »

50% completato

Powered by

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

[Segnala una violazione](#) - [Termini di servizio](#) - [Ulteriori termini](#)

MONITORAGGIO 2015 SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA - PROTOCOLLO 22.01.2013

*Campo obbligatorio

DEFIBRILLATORI

60) Esiste nella scuola il defibrillatore semiautomatico esterno? *

61) Se SI specificare le caratteristiche del Modello e la data di acquisto

63) Se SI il defibrillatore è stato :

Acquistato con fondi della scuola

Ricevuto dalla Provincia

Ricevuto dal Comune

Altro:

64) Se SI, si procede alla revisione periodica?

65) Se SI, specificare il luogo dove è collocato

(denominazione scuola - indirizzo - Comune - Locale della scuola:palestra, uffici segreteria, atrio, locale P.S. etc)

66) Se SI, il defibrillatore è collocato in un posto facile da raggiungere e ben segnalato (con un cartello che ne indichi la presenza)

67) Esiste nella scuola personale formato (in possesso di idonea formazione validata con Attestato BLSD)

Rispondere anche se la scuola non è dotata di defibrillatore

68) Se SI, quante persone sono in possesso di attestato BLSD(Basic Life Support Defibrillator)

in corso di validità

69) Se SI, quante persone sono in possesso di attestato BLSD CHE NECESSITANO DI AGGIORNAMENTO (corsi di retraining da effettuarsi ogni 24 mesi)

70) Se SI, riportare l'elenco delle persone autorizzate (con attestato BLSD in corso di validità)

(Cognome e nome, sede di servizio, cellulare)

71) NOTE CONCLUSIVE

Specificare eventuali problematiche/esigenze particolari (max 3 righe)

« Indietro

Continua »

75% completato

Powered by

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.
[Segnala una violazione](#) - [Termini di servizio](#) - [Ulteriori termini](#)

Modifica questo modulo

MONITORAGGIO 2015 SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA - PROTOCOLLO 22.01.2013

*Campo obbligatorio

NOME REFERENTE

63) COGNOME e nome del referente *

64) Ruolo del referente *

(docente, coll. vicario, personale di segreteria)

65) e-mail del referente *

66) Recapito telefonico (cell) personale del referente *

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.

100%: completato.

Powered by

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

[Segnala una violazione](#) - [Termini di servizio](#) - [Ulteriori termini](#)