

 Il presente questionario serve solo per la raccolta dati e non deve essere trasmesso

MONITORAGGIO SUI DEFIBRILLATORI E SULLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Il Questionario, unico per ciascuna istituzione scolastica, è finalizzato ad acquisire informazioni sulla presenza a scuola di alunni affetti da patologia cronica e che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico (es. crisi convulsive, asma bronchiale, shock anafilattico, diabete giovanile), sul fabbisogno formativo e sulla presenza dei defibrillatori nelle scuole. Si raccomanda, al fine di poter effettuare un corretto monitoraggio, di porre particolare cura nella compilazione di tutti i campi che costituiscono il questionario.

Responsabile monitoraggio on-line: ing. Pasquale F. Costante

IL QUESTIONARIO, COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, DOVRA' ESSERE INVIATO ON-LINE UNA SOLA VOLTA.

*Campo obbligatorio

DATI IDENTIFICATIVI DELLA SCUOLA

1.

1) Denominazione scuola *

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

.....

2.

2) Codice MIUR *

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

.....

3.

3) Gestione *

(specificare se statale o paritaria)

Contrassegna solo un ovale.

Statale

Paritaria

4.

4) Provincia *

.....

5.

5) Comune *

.....

6.

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)

Contrassegna solo un ovale.

- n.1
- n.2
- n.3
- n.4
- n.5
- n.6
- n.7
- n.8
- n.9
- n.10
- Oltre 10

7.

6bis) Numero complessivo degli edifici *

Riportare - per tutte le sedi - il numero complessivo degli edifici (ben distinti corpi di fabbrica ubicati in posti contigui e/o differenti)

Contrassegna solo un ovale.

- n.1
- n.2
- n.3
- n.4
- n.5
- n.6
- n.7
- n.8
- n.9
- n.10
- Oltre 10

8.

6Tris) Numero complessivo delle palestre a servizio della scuola *

Specificare in cifre - per tutte le sedi - il numero complessivo delle palestre (ricadenti nello stesso volume dell'edificio o in un corpo isolato)

Contrassegna solo un ovale.

- n.1
- n.2
- n.3
- n.4
- n.5

9.

7) Dati identificativi della sede principale *

Specificare nell'ordine: codice MIUR - indirizzo - Comune - numero complessivo edifici - numero alunni frequentanti

.....

.....

.....

.....

.....

10.

8) Dati identificativi del plesso/sez. associata n.1

Specificare nell'ordine: codice MIUR - indirizzo - Comune - numero complessivo edifici - numero alunni frequentanti

.....

.....

.....

.....

.....

11.

9) Dati identificativi del plesso/sez. associata n.2

Specificare nell'ordine: codice MIUR - indirizzo - Comune - numero complessivo edifici - numero alunni frequentanti

.....

.....

.....

.....

.....

12.

10) Dati identificativi del plesso/sez. associata n.3

Specificare nell'ordine: codice MIUR - indirizzo - Comune - numero complessivo edifici - numero alunni frequentanti

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

13.

11) Dati identificativi del plesso/sez. associata n.4

Specificare nell'ordine: codice MIUR - indirizzo - Comune - numero complessivo edifici - numero alunni frequentanti

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

14.

12) Dati identificativi del plesso/sez. associata n.5

Specificare nell'ordine: codice MIUR - indirizzo - Comune - numero complessivo edifici - numero alunni frequentanti

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

15.

13) Dati identificativi di altri plessi/sez. associate

Specificare nell'ordine, per ciascun altro plesso : codice MIUR - indirizzo - Comune - numero complessivo edifici - numero alunni frequentanti

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

16.

14) Dirigente Scolastico *

(riportare per esteso prima il COGNOME e poi il nome)

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

17.

14bis) Recapito Telefonico Dirigente Scolastico (da utilizzare solo in caso di emergenza) *

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

18.

14Tris) e-mail personale Dirigente Scolastico (da utilizzare per comunicazioni in caso di emergenza) *

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

19.

15) Numero complessivo Alunni (per tutte le sedi) *

(riportare in cifre il totale degli alunni)

.....

20.

16) Numero complessivo Alunni con disabilità (con docente di sostegno) *

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

.....

21.

17) 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)

.....

22.

18) Numero complessivo Docenti di sostegno *

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

.....

DATI FIGURE SENSIBILI

23.

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

(riportare per esteso prima il COGNOME e poi il nome)

.....

24.

20) Il R.S.P.P. *

specificare solo una scelta

Contrassegna solo un ovale.

- è il Dirigente Scolastico
- è interno alla scuola
- è esterno alla scuola ma appartiene ad altra istituzione scolastica
- è un professionista esterno

25.

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

(Riportare in cifre il cellulare - numero fisso casa)

.....

26.

22) Indirizzo e-mail del R.S.P.P. *

.....

27.

23) Nominativo Coordinatore squadra di Primo Soccorso *

(riportare per esteso prima il COGNOME e poi il nome)

.....

28.
23bis) Recapito telefonico Coordinatore squadra di Primo Soccorso (da utilizzare solo in caso di emergenza) *
(riportare il cellulare - recapito fisso)
-

29.
24) Numero complessivo Addetti al Primo Soccorso (già formati) *
(riportare in cifre il totale - per tutte le sedi - degli Addetti al P.S.)
-

FARMACI PER CONTINUITA' TERAPEUTICA

30.
25) 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 sul sito UTS alla pagina:

http://www.utsbasilicata.it/index.php?option=com_content&view=category&id=423&Itemid=459

Contrassegna solo un ovale.

- SI
 NO

31.
26) Nella scuola sono presenti alunni affetti da patologia cronica (es. crisi convulsive, asma bronchiale, shock anafilattico, diabete giovanile) indipendentemente dalla presenza o meno della certificazione? *

Contrassegna solo un ovale.

- SI
 NO

32.
27) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da CRISI CONVULSIVE indipendentemente dalla presenza o meno della certificazione?

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

.....

33.

28) 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)

.....

34.

29) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da ASMA BRONCHIALE indipendentemente dalla presenza o meno della certificazione?

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

.....

35.

30) 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)

.....

36.

31) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni a rischio di SHOCK ANAFILLATTICO indipendentemente dalla presenza o meno della certificazione?

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

.....

37.

32) 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)

.....

38.

33) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da DIABETE GIOVANILE indipendentemente dalla presenza o meno della certificazione?

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

.....

39.

34) 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)

.....

40.

35) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni affetti da altre Patologie indipendentemente dalla presenza o meno della certificazione?

Specificare le patologie - il numero dei casi presenti - se certificata

.....

.....

.....

.....

.....

41.

36) Nel corso dell'a.s. 2012-13 (e/o 2013-14) la scuola ha ricevuto, da parte dei familiari di alunni affetti da patologia cronica, la richiesta di somministrare farmaci per continuità durante l'orario scolastico? *

Considerare anche i casi di autosomministrazione

Contrassegna solo un ovale.

SI

NO

42.

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

specificare in CIFRE il numero complessivo delle richieste ricevute

.....

43.

38) Se SI, specificare - per ciascuna tipologia - il numero delle richieste ricevute e l'età degli alunni

specificare in CIFRE - per ciascuna patologia - il numero delle richieste ricevute e l'età (es. crisi convulsive n.2 età 10-12 anni - diabete giovanile n.4 età 14-16 anni)

.....

.....

.....

.....

.....

44.

39) Se SI, quali risposte ha fornito la scuola? *

Fornire una o piu' risposte

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Ha consentito l'accesso a scuola di un familiare o di una persona scelta dalla famiglia per la somministrazione del farmaco
- Ha individuato tra docenti e/o personale in forza alla scuola una persona disponibile per la somministrazione del farmaco
- Ha consentito l'accesso al personale sanitario della ASP/ASM
- Si è rivolta ad altro personale
- Non è stata fornita alcuna risposta
- L'alunno si autosomministra il farmaco
- Altro:

45.

40) Se SI quanti sono complessivamente gli alunni che si autosomministrano i farmaci?

Specificare il numero complessivo dei casi presenti

.....

46.

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

Specificare il numero complessivo

.....

47.

42) Se SI, le persone autorizzate e che si sono dichiarate disponibili, hanno seguito specifici moduli formativi ?

Contrassegna solo un ovale.

- SI
- NO

48.

43) Se SI specificare il numero delle persone formate e l'Ente formatore (ASP-ASM-Basilicata Soccorso 118 altro)

.....

.....

.....

.....

.....

FARMACI IN CASO DI EMERGENZA

49.

44) Indicare il numero di casi di emergenze che si sono effettivamente verificati nell'a.s.2012-13

Riportare in CIFRE il numero di casi che si sono verificati nell'a.s. 2012-13 (nel rispondere includere solo i casi di emergenza per i quali era stato richiesto da parte dei familiari la somministrazione dei farmaci)

.....

50.

45) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2012-13 per alunni con DIABETE

Riportare in CIFRE il numero di casi che si sono verificati nell'a.s. 2012-13 (nel rispondere includere solo i casi di emergenza per i quali era stato richiesto da parte dei familiari la somministrazione dei farmaci)

.....

51.

46) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2012-13 per alunni con EPILESSIA

Riportare in CIFRE il numero di casi che si sono verificati nell'a.s. 2012-13 (nel rispondere includere solo i casi di emergenza per i quali era stato richiesto da parte dei familiari la somministrazione dei farmaci)

.....

52.

47) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2012-13 per alunni con ASMA/ALLERGIA

Riportare in CIFRE il numero di casi che si sono verificati nell'a.s. 2012-13 (nel rispondere includere solo i casi di emergenza per i quali era stato richiesto da parte dei familiari la somministrazione dei farmaci)

.....

53.

48) Indicare il numero di chiamate al 118 nell'a.s. 2012-13 con successivo ricovero

Riportare in CIFRE il numero di casi che si sono verificati nell'a.s. 2012-13 (nel rispondere includere solo i casi di emergenza per i quali era stato richiesto da parte dei familiari la somministrazione dei farmaci)

.....

FABBISOGNO FORMATIVO

54.

49) In presenza di alunni affetti da patologia cronica (a.s. 2013-14) indicare il numero complessivo di persone da formare sulla base del protocollo sottoscritto dall'USR Basilicata

Riportare in CIFRE il numero complessivo di persone da formare (massimo n.5 operatori scolastici (docenti, personale ATA etc che si sono dichiarati disponibili a somministrare i farmaci) da scegliere in primis fra il personale già formato e designato addetto al primo Soccorso

Contrassegna solo un ovale.

n.1

n.2

n.3

n.4

n.5

55.

50) In assenza di alunni affetti da patologia cronica (a.s. 2013-14) indicare il numero complessivo di persone da formare sulla base del protocollo sottoscritto dall'USR Basilicata

Riportare in CIFRE il numero complessivo di persone da formare (massimo n.2 operatori scolastici (docenti, personale ATA etc che si sono dichiarati disponibili a somministrare i farmaci) da scegliere in primis fra il personale già formato e designato addetto al primo Soccorso

Contrassegna solo un ovale.

n.1

n.2

56.

51) Specificare eventuali altre esigenze (solo in presenza di alunni con patologie croniche)

.....

.....

.....

.....

.....

DEFIBRILLATORI

57.

52) Esiste nella scuola il defibrillatore semiautomatico esterno? *

Contrassegna solo un ovale.

SI

NO

58.

53) Se SI specificare le caratteristiche del Modello

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

59.

54) Se SI il defibrillatore è stato :

Contrassegna solo un ovale.

- Acquistato con fondi della scuola
- Ricevuto dalla Provincia
- Ricevuto dal Comune
- Altro:

60.

55) Se SI, si procede alla revisione periodica?

Contrassegna solo un ovale.

- SI
- NO

61.

56) Se SI, specificare il luogo dove è collocato

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

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

62.

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

Contrassegna solo un ovale.

- SI
- NO

63.

58) Se SI, esiste nella scuola personale formato (in possesso di idonea formazione validata con Attestato BLSD)

Contrassegna solo un ovale.

SI

NO

64.

59) Se SI, il personale abilitato ha seguito corsi di retraining (da effettuarsi ogni 24 mesi)

.....

65.

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

.....

66.

60bis) Se SI, quante persone sono in possesso di attestato BLSD ma non in corso di validità (privi di aggiornamento)

.....

67.

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

(Cognome e nome, sede di servizio)

.....

.....

.....

.....

.....

68.

62) NOTE CONCLUSIVE

Specificare eventuali problematiche/esigenze

.....

.....

.....

.....

.....

NOME REFERENTE

69.

63) COGNOME e nome del referente *

.....

70.

64) Ruolo del referente *

(docente, coll. vicario, personale di segreteria)

.....

71.

65) e-mail del referente *

.....

72.

**66) Recapito telefonico personale del
referente ***

.....

Powered by

