

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)

n.1 ▼

**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](#)