

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

SEDE INTERVENTO FORMATIVO: _____ **VIA** _____

PATOLOGIA OGGETTO DELL'INTERVENTO FORMATIVO:

- ALLERGIE ALIMENTARI
- ANAFILASSI
- ASMA BRONCHIALE
- ASMA DA SFORZO
- CRISI CONVULSIVE
- DIABETE
- ALTRO _____

FASI DELL'INTERVENTO FORMATIVO E DELLA VERIFICA DI APPRENDIMENTO:

Fase preliminare

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla patologia oggetto della formazione: meccanismi generali eziopatogenetici; prevenzione evento acuto; riconoscimento di segni e sintomi e gestione dell'evento acuto; gestione emergenza ed attivazione del Servizio Emergenza 112.

Fasi dell'addestramento pratico:

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO DELLA CORRETTA TECNICA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/REALIZZAZIONE INTERVENTO
2. ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO
3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO
4. CHIUSURA PERCORSO

Formazione pratica avvenuta su All. 3 del _____ dal titolo “ _____ ”

N.B. Si ricorda ai genitori e al personale scolastico di verificare che l'allegato 3 in uso alla scuola sia sempre quello più aggiornato, e sia accompagnato dalla/e pagina/e contenente/i gli specifici schemi tecnici illustrati, se previsti.

NOTE

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

SI DICHIARA CONCLUSO IL PERCORSO DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO E SI RICONOSCE IL RAGGIUNGIMENTO DELLA PIENA AUTONOMIA DELL'OPERATORE SCOLASTICO DI SEGUITO ELENCATO.

Nomi e Firme del PERSONALE SANITARIO FORMATORE

_____	_____
_____	_____
_____	_____

I TUTOR SCOLASTICI

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, si dichiarano disponibili ed in grado di eseguire autonomamente l'intervento oggetto di formazione, come tutor del minore.

Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici	Profili Professionali	Firme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I GENITORI

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per la somministrazione farmaci/l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore..... Firma genitore.....

ALTRI EVENTUALI PRESENTI

NOME E COGNOME	QUALIFICA	FIRMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO
concorda e sottoscrive.

Nome e Cognome _____ FIRMA _____

Data ____/____/____