

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome

Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

Modalità di somministrazione del farmaco

Mattina (h.) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo) dose

Pomeriggio (h.) dose

- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... **(Oppure)**

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

- Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Sì

No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì

No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....