

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile**A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

- Orario e dose da somministrare
 - o Mattina (h.) dose da somministrare
 - o Pasto (prima, dopo) dose
 - o Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- 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 USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- ☐ Sì
☐ No

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

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....