PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fiscale _____

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**:

_____ ❑ **A1)** Necessita di somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare:

❑ Mattina, h. _____, dose _____

❑ Pasto, ❑ prima ❑ dopo _____, dose _____

❑ Pomeriggio, h. _____, dose _____

Modalità di somministrazione del farmaco

_____ Modalità di conservazione del farmaco

_____ Durata della terapia: dal

_____/_____/_____ al _____/_____/_____

❑ **A2)** 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 _____/_____/_____

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 conservazione del farmaco:

_____

_____

____ Capacità dello studente/essa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco: ❑ Sì

❑ No Necessità di formazione specifica da parte di:

❑ ASP ❑ Medico di Medicina Generale ❑ Pediatra di libera scelta

nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione ❑ Sì

❑ No Durata della terapia: dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte di

❑ ASP ❑ Medico di Medicina Generale ❑ Pediatra di libera scelta

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ (____), _____ In fede

Timbro e Firma del Medico