

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