

 Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca	<p style="text-align: center;">Istituto Comprensivo Santa Margherita Ligure</p> <p style="text-align: center;">Via Liuzzi, 4 - 16038 - S. Margherita Ligure (GE) - 0185295753  www.icsantamargheritaligure.edu.it  geic80600l@istruzione.it    geic80600l@pec.istruzione.it</p>	
---	---	---

## PIANO TERAPEUTICO

L'alunna/o (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Trattasi di farmaco:

☐ salvavita oppure

☐ indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e orario di somministrazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca	<p style="text-align: center;">Istituto Comprensivo Santa Margherita Ligure</p> <p style="text-align: center;">Via Liuzzi, 4 - 16038 - S. Margherita Ligure (GE) - 0185295753  <a href="http://www.icsantamargheritaligure.edu.it">www.icsantamargheritaligure.edu.it</a>  <a href="mailto:geic806001@istruzione.it">geic806001@istruzione.it</a>    <a href="mailto:geic806001@pec.istruzione.it">geic806001@pec.istruzione.it</a></p>	
---	---	---

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco):

---



---



---

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

☐ Sì

☐ No

Altre indicazioni:

---



---



---

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL:

---



---



---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del medico