

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** _____

- 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 _____

- 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 _____

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 __/__/____
