

## PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

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

**A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:**

• Orario e dose da somministrare

○ Mattina (h. ....) dose da somministrare .....

○ Pasto (prima, dopo) ..... dose .....

○ Pomeriggio (h. ....) dose .....

• Modalità di somministrazione del farmaco .....

• Modalità di conservazione del farmaco .....

• Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2) Necessità 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 ...../...../.....

.....