

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
 - o 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

il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola

Sì

No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del
Medico

Data/...../.....

.....
.....