



## 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 ...../...../.....

.....  
.....