

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 • Pasto (prima, dopo) dose • 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
Modalità di somministrazione del farmaco	
.....	
• Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione 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 dell'ASP nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione: ☐ Sì ☐ No	

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

.....

Luogo e data

In fede
Timbro e Firma del Medico
