

## PIANO TERAPEUTICO

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

**Nome commerciale del farmaco** .....

☐ **INDISPENSABILE** ☐ **SALVAVITA**

**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 ...../...../.....
- Ogni altra utile indicazione.....  
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare **l'auto-somministrazione del farmaco:**

- ☐ Sì  
☐ No

Necessità di **formazione specifica da parte della ASL** nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- ☐ Sì  
☐ No

**Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della ASL**

.....

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

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

.....