



# PIANO TERAPEUTICO

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

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

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

Modalità di somministrazione del farmaco .....

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

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

Pomeriggio (h. ....) dose .....

- 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 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 ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì

No

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

.....

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

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

.....