



## PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome .....

Nome .....

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

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
  - o Mattina (h .....) Dose da somministrare .....
  - o Pasto (h .....) Dose da somministrare .....
  - o Pomeriggio (h .....) Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Capacità dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione ( ) Sì ( ) No
- Durata della terapia .....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco .....
- Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Capacità dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione ( ) Sì ( ) No
- Durata della terapia .....

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita** .....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Dose da somministrare .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Capacità dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione ( ) Sì ( ) No
- Necessità di formazione specifica per il personale scolastico da parte dell'ASL
  - o ( ) Sì ( ) No
- Note per la formazione del personale da parte dell'ASL .....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....  
.....

Luogo e data

Firma e Timbro del medico