# PIANO TERAPEUTICO

# A cura del PLS/MMG

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

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

* 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 . . . ... /……. .. /…………

* 1. 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 USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

o Sì □ No

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

Luogo . .. .. . . .. . . . . . . . . . . .. . . .. .. In fede

Timbro e Firma del Medico

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