

ALLEGATO A

PIANO TERAPEUTICO

A cura del PLS/MMG

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
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 /...../.....

(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/../.....