

ALLEGATO A

PIANO TERAPEUTICO

A cura del PLS/MMG

Alunn____: 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 _____
 - Pasto (prima, dopo) _____ Dose _____
 - 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

☐ Sì

☐ No

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

Luogo _____

Data ____/____/____

In fede

Timbro e Firma del Medico