

PIANO TERAPEUTICO**(ALLEGATO C)***(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)*

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

Principio attivo del farmaco

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:☐ Orario e dose da somministrare☐ 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) Necessità 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**Principio attivo 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☐ NoNote per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL
.....

In fede

Luogo

Timbro e Firma del Medico

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

.....