**PIANO TERAPEUTICO**

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

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

**A.1)** Necessita 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)** 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 ……………………… In fede

Timbro e Firma del Medico

Data ……/……/….… ………………………………..