Allegato C

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 ……/……/…..…

……..