PIANO TERAPEUTICO

L'alunna/o (Cognome) _____(Nome) _____

Trattasi di farmaco: □ salvavita oppure □ indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e orario di somministrazione: _____

_____

Modalità di somministrazione: _____

_____

_____

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco: _____

_____

_____

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia: _____

_____

_____

Modalità di conservazione: _____

_____

_____

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco): _____

_____

_____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

□ Sì □ No

Altre indicazioni: _____

_____

_____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL: _____

_____

_____

Data ___/___/____ Timbro e firma del medico