ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARLO URBANI"
MOIE di MAIOLATI SPONTINI-CASTELPLANIO-POGGIO S. MARCELLO

via Venezia, 14 – 60030 Maiolati Spontini (AN)
Telefono 0731701149 – 0731701976 - 0731703225 - 0731702954
Codice meccanografico: ANIC83700Q Codice Fiscale: 91017910422 Codice Univoco Ufficio: UF88EL
E-mail ANIC83700Q@pec.istruzione.it ANIC83700Q@istruzione.it URL:http://www.comprensivomoie.it

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

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
  ……

via Venezia, 14 – 60030 Maiolati Spontini (AN)
Telefono 0731701149 – 0731701976 - 0731703225 - 0731702954
Codice meccanografico: ANIC83700Q Codice Fiscale: 91017910422 Codice Univoco Ufficio: UF88EL
E-mail ANIC83700Q@pec.istruzione.it ANIC83700Q@istruzione.it URL:http://www.comprensivomoie.it

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU
Ministero dell'Istruzione e del Merito
Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

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 ……/……/…….

……