

(Da compilare a cura del medico)

PIANO TERAPEUTICO
per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, da adottare:

- ☐ **in caso di emergenza**
☐ **per continuità terapeutica in caso di patologia cronica**

(specificare solo una delle opzioni)

Studente _____
(nome e cognome)

Nato a _____ il _____

Farmaco da somministrare _____
(nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio)

Principio attivo del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:
(da compilare per somministrazione in caso di emergenza)

Dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione _____
(somministrazione da parte di terzi o auto-somministrazione)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata e tempistica della terapia - orario e giorni
(da compilare per somministrazione per continuità terapeutica in caso di patologia cronica)

Prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi ☐ sì ☐ no

Si dichiara che la somministrazione del farmaco suddetto non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né dell'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione.

Data _____

Timbro e firma del medico
