



**PIANO TERAPEUTICO**

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

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

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare o Mattina (h ..... ) dose da somministrare ..... o Pasto (prima, dopo) ..... dose .....

o 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



# ISTITUTO COMPRENSIVO BORGARETTO-BEINASCIO

Via Trento, 24 - 10092 Beinasco (TO)  
Tel. 011 35 80 904 - Fax 011 35 87 970 - C.F. 95611650011  
e-mail: toic895002@istruzione.it - Pec: toic895002@pec.istruzione.it  
<https://www.icborgarettobeinasco.edu.it>



.....  
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 ...../...../.....

.....