***ALLEGATO 3****-Modulistica per il medico - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Certificazione, attestazione, PT*

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome ..…………………….……………… Nome ,

**Nome commerciale del farmaco** …………………………………………..

* **INDISPENSABILE □ SALVAVITA**
  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 ……/….….…/….….…
* Ogni altra utile indicazione……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

* Sì
* No

Necessità di **formazione specifica da parte della ASL** nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

* Sì
* No

**Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della ASL**

………………………………………………………………………………………………………

Luogo ……………………………… In fede

Timbro e Firma del Medico

Data ………/………/…………. …………………………………………