

(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)

Nata/o 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  si  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  
\_\_\_\_\_