

**PIANO TERAPEUTICO DEL MEDICO CURANTE**  
**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**  
da allegare alla Certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico  
(medico del SRR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata)

***Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità***

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN  
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome .....

Nato il ..... A .....

Residente a ..... Prov. ....

In Via..... N° .....

Frequentante la classe..... della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria I grado

.....

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:**

.....

**Principio attivo del farmaco da somministrare:**

.....

**Tipologia del farmaco:** (barrare la scelta):

Salvavita

Continuità  
terapeutica

**Modalità di somministrazione:**

.....

**Orario:**

1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose.....;

**Durata della terapia:**

.....

**Modalità di conservazione:**

.....

**Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco** (barrare la scelta):

Parziale autonomia

Totale autonomia

**Terapia d'urgenza**

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:**

.....

**Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco .....**

.....

.....

**Dose:**

.....

**Modalità di somministrazione:**

.....

**Modalità di conservazione:**

.....

**Note.....**

.....

**NB: Indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi.....**

.....

(Luogo e Data) ..... il .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....