



**ISTITUTO COMPRESIVO
"R.COTUGNO"**

Cod. meccanografico: BTIC8AN006
C.F. 90126930727 Codice Univoco: TBI7KT

PEO: btic8an006@istruzione.it

Scuola Secondaria di I grado
Scuola Primaria "G.Paolo II"
Scuola dell'infanzia "E.De Amicis"
Via Fucà, 21
Tel. 0883 246440

PEC: btic8an006@pec.istruzione.it

Scuola dell'Infanzia
"S.Agazzi"
Via Catullo, 30
Tel. 0883 594924

SITO: www.cotugnoandria.edu.it

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

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

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

Modalità di somministrazione del farmaco

Mattina (h.....) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo) dose

Pomeriggio (h.) dose

• 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
.....



**ISTITUTO COMPRESIVO
"R.COTUGNO"**

Cod. meccanografico: BTIC8AN006
C.F. 90126930727 Codice Univoco: TBI7KT

Scuola Secondaria di I grado
Scuola Primaria "G. Paolo II"
Scuola dell'infanzia "E. De Amicis"
Via Fucà, 21
Tel. 0883 246440

Scuola dell'Infanzia
"S. Agazzi"
Via Catullo, 30
Tel. 0883 594924

PEO: btic8an006@istruzione.it

PEC: btic8an006@pec.istruzione.it

SITO: www.cotugnoandria.edu.it

• 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
.....

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

- Sì
- No

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

- Sì
- No

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

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

