

Modello

## PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE GENERICO

(da adattare a cura delle UU.OO. Pediatria del SOP)

### PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome : ..... Nome : .....

Data di nascita: .....

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza: .....

.....

Scuola: ..... Classe: .....

Padre: Nome: ..... Cognome: .....

Indirizzo ..... Tel. casa: .....

Tel. lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Madre: Nome: ..... Cognome: .....

Indirizzo ..... Tel. casa: .....

Tel. lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1) Nome: ..... Cognome: .....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

(2) Nome: ..... Cognome: .....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

Medico curante:

Nome: ..... Cognome: .....

Indirizzo: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

**Farmaci per la continuità terapeutica**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
	.....	.....
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

.....  
.....

**Farmaci per Emergenza**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
	.....	.....
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

.....  
.....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data..... dott.....