

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.....