

**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.....