

Allegato A

**Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C.S. "Paolo Neglia", Pogliano Milanese**

PIANO TERAPEUTICO

A cura del PLS/MMG

Alunno/a: Cognome Nome

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

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare o Mattina (h.) dose da somministrare
..
o Pasto (prima, dopo) Dose
o Pomeriggio (h.....) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
.. . . .
- 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
....
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal /...../..... al /...../.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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