



Modello

PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE GENERICO

(da adattare a cura delle UU.OO. del Servizio Ospedaliero Provinciale - 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 ALLO STUDENTE/SSA

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____.

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

Scuola: ITT BUONARROTI 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 lo studente/studentessa: _____.



Tel.: _____ Cellulare: _____.

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

Relazione con lo studente/studentessa: _____.

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

REPUBBLICA
ITALIANA



PROVINCIA
AUTONOMA
DI TRENTO



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. _____