

## 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: ITE TAMBOSI 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

**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.