

## SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

PIANO INDIVIDUALIZZATO DI INTERVENTO anno scolastico \_\_\_\_\_

ALUNNO	
CLASSE	
SCUOLA	

DIAGNOSI	
SINTOMI E SEGNI	
FARMACO	
MODALITÀ DI CONSERVAZIONE	
LUOGO DI CONSERVAZIONE (es. cassetto della scrivania, armadio, bidelleria,...)	
ALLEGATI AL FARMACO (copia certificato medico, copia richiesta, copia autorizzazione con dosi, modalità di somministrazione, piano di intervento)	
DESCRIZIONE INTERVENTO	

AZIONI DA METTERE IN ATTO	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Responsabile dell'organizzazione dell'intervento è L'ADULTO DI RIFERIMENTO PRESENTE

Recapiti telefonici

MAMMA	
PAPÀ	
ALTRO: _____	
MEDICO/PEDIATRA: _____	
PRONTO SOCCORSO	<b>112 ( numero unico Emergenze )</b>

Data \_\_\_\_\_

Firma del referente \_\_\_\_\_