





## PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome .....

Nome .....

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

**A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

Modalità di somministrazione del farmaco .....

Mattina (h. ....) dose da somministrare .....

Pasto (prima, dopo) ..... dose .....

Pomeriggio (h. ....) dose .....

- 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 ...../...../..... **(Oppure)**



**B)** Nome commerciale del farmaco **salvavita** .....

Modalità di somministrazione del farmaco .....

.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

- Dose da somministrare

.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....