

REPUBBLICA  
ITALIANA



PROVINCIA  
AUTONOMA  
DI TRENTO



Modello

**PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE DELLO STUDENTE/STUDENTESSA  
ALLERGICO**

(a cura dello specialista o del Pediatra della rete allergologica)

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 DELLO  
STUDENTE/STUDENTESSA

Cognome: .....Nome : .....

Data di nascita: .....

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

Scuola: ..... 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 il bambino: .....

Tel.: ..... Cellulare: ..... .....

REPUBBLICA  
ITALIANA



PROVINCIA  
AUTONOMA  
DI TRENTO



(2) Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_.

Relazione con il bambino: \_\_\_\_\_.

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



☐ **Premedicazione prima dell'attività fisica:**

Farmaco

---

Nome commerciale

---

Principio attivo

---

Dose: \_\_\_\_\_

Quante volte: \_\_\_\_\_

Come: \_\_\_\_\_

Presidi da utilizzare: \_\_\_\_\_

Modalità conservazione: \_\_\_\_\_

Note

---

---

☐ **Farmaci per Emergenza per Anafilassi**

Farmaco \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

Quante volte \_\_\_\_\_

Come \_\_\_\_\_

(1) Adrenalina autoiniettabile \_\_\_\_\_

(2) Antistaminico per os \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

\* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

---

REPUBBLICA  
ITALIANA



PROVINCIA  
AUTONOMA  
DI TRENTO



☐ **Farmaci per Emergenza per l'attacco acuto d'asma bronchiale**

Farmaco

Dose \_\_\_\_\_

Quante volte \_\_\_\_\_

Come \_\_\_\_\_

(1) Salbutamolo spray \_\_\_\_\_  
con distanziatore, ripetibile se necessario ogni 20 min fino ad un massimo di 3 dosi

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

\* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Distanziatore appropriato \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione dei farmaci:** \_\_\_\_\_

Note

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

dott. \_\_\_\_\_.