



**Istituto Comprensivo LODI I**

Via Paolo Gorini 15 – 26900 LODI – Tel. 0371/423116 – 0371/424653  
Codice Meccanografico LOIC81100D – Codice Fiscale 92559820151  
Email [loic81100d@istruzione.it](mailto:loic81100d@istruzione.it) – PEC [loic81100d@pec.istruzione.it](mailto:loic81100d@pec.istruzione.it)  
<http://www.iclodiprimo.edu.it>

Allegato 2

**Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO:** indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita Piano terapeutico (CONTIENE DATI SENSIBILI) *a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale*

Il minore Cognome ..... Nome .....

Nato il..... a..... Residente a ..... In via/piazza  
..... N. .... Città.....

affetto dalla seguente patologia:..... nel caso si verifichi  
il seguente evento in urgenza/emergenza.....  
.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica nella posologia, nei tempi e nelle modalità di somministrazione*)  
.....

Modalità di somministrazione (*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)  
.....  
.....

Dose:.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso.....  
.....

Eventuali altre azioni necessarie dopo la somministrazione (ad es. chiamata al 112, ecc)  
.....

Modalità di conservazione:.....

**Eventuali note:**  
.....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG**