

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

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.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

.....

Modalità di conservazione .....

.....

Dose:.....

..

**Eventuali note:**

.....

.....

.....

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

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