

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

Il minore

CognomeNome

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