

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

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

Dose:.....

Eventuali note:

.....
.....
.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG