

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
(Adrenalina / Diazepam / Salbutamolo / Glucagone)

COGNOME.....

NOME.....

DATA DI NASCITA.....

PATOLOGIA PRESENTATA.....

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO