

Allegato B

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SALVAVITA

Il minore

CognomeNome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N.

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco salvavita:

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra /MMG