

CARTA INTESTATA

IL MINORE.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

RESIDENZA.....

necessita della somministrazione del farmaco sottoindicato.

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE E CONSERVAZIONE

DOSE.....

ORARIO: 1^ DOSE.....2^DOSE.....3^DOSE.....4^DOSE.....

DURATA TERAPIA DAL.....AL.....

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Nel caso di indicazione a somministrare **in urgenza** il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi:

SINTOMI.....

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

NOTE.....

IL MEDICO
(TIMBRO E FIRMA)