

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

Il minore  
Cognome .....Nome .....

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:.....

**Si attesta che il farmaco può essere somministrato da personale non sanitario e senza apposita formazione.**

**Eventuali note:**

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

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG**