

Allegato 2

INTESTAZIONE MEDICO

Per ___ l ___ piccol ___

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Si prescrive la somministrazione assoluta e necessaria, nel rispetto degli orari indicati, del seguente farmaco:

Nome del farmaco: _____

Forma farmaceutica: _____

Modalità di somministrazione: _____

Dose: _____

Orario: _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Note: _____

Data: _____

Timbro e firma del PLS o MMG