

OPPURE SE

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

Dose da somministrare:

.....

Modalità di somministrazione

.....

.....

Modalità di conservazione

.....

.....

Note

.....

.....

Luogo.....Data

Il Medico Specialista SSN
(Timbro e Firma)