

Certificazione per la dispensazione gratuita di medicinali
a base di adrenalina autoiniettabile monodose
a pazienti a rischio accertato di shock anafilattico

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____ Età _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Si certifica che l'assistito di cui sopra presenta un rischio accertato di shock anafilattico da:

alimenti farmaci veleno di imenotteri inalanti altro (specificare) _____

sulla base dei seguenti dati anamnestici: _____

Farmaco prescritto: adrenalina autoiniettabile monodose

o dosaggio pediatrico o dosaggio adulti

Si autorizza l'erogazione del medicinale a base di adrenalina autoiniettabile monodose presente nel
Prontuario Terapeutico Aziendale

Validità (massimo due anni) fino al |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| (formato gg/mm/aaaa)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore