ASL CE – DISTRETTO SANITARIO

ALLEGATO n.9

REGISTRO INDIVIDUALE

SOMMINISTRAZIONE **FARMACI SALVAVITA in URGENZA PREVEDIBILE**

SCUOLA _____

ALUNNO/A _____ CLASSE _____ SEZ _____

NATO/A _____ IL _____

NOME DEL FARMACO _____ Scadenza _____

LUOGO DI CONSERVAZIONE _____

Data	Ora	SITUAZIONE VERIFICATASI	Modalità/Dose	Firma somministratore	NOTE