ASL CE – DISTRETTO SANITARIO 17

ALLEGATO n.6

REGISTRO INDIVIDUALE

SOMMINISTRAZIONE **FARMACI INDISPENSABILI**

SCUOLA _____

ALUNNO/A _____CLASSE _____ SEZ _____

NATO/A _____ IL _____

SOMMINISTRAZIONE **QUOTIDIANA**

n.1 NOME DEL FARMACO _____ Scadenza _____

n.2 NOME DEL FARMACO _____ Scadenza _____

LUOGO DI CONSERVAZIONE _____

Data	Ora	Farmaco somministrato	Dose	Firma somministratore	Note