

**ALLERGIE E TERAPIA
FARMACOLOGICA IN ATTO**

Cognome _____
Nome _____
nato/a il _____ a _____

Etichetta della paziente

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____/____/____

☐ per sé

oppure in qualità di:

☐ tutore

☐ amministratore di sostegno

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____/____/____

dichiara di:

☐ NON avere alcuna allergia;

☐ essere allergico ai seguenti farmaci e sostanze:

dichiara inoltre di:

☐ NON assumere farmaci;

☐ assumere i seguenti farmaci:

Data, ____/____/____

Firma del paziente (o del tutore/amministratore) _____