

**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) _____