MEDICO CURANTE Dr./Dr.ssa:

Sig./Sig.ra:

ALLERGIE:

DATA di INIZIO	FARMACO e DOSAGGIO	Q.TA'	ORA di ASSUNZIONE *(specificare orario)*				
			Ore	Ore	Ore	Ore	Ore

ASL CITTÀ DI TORINO

"Insieme per la sicurezza della terapia"

Aiutaci a Curarti

A garanzia della sicurezza delle cure è molto importante conoscere con esattezza tipo e quantità dei farmaci che stai assumendo

PORTA SEMPRE CON TE L'ELENCO DELLE MEDICINE CHE STAI ASSUMENDO

Può essere d'aiuto ritagliare e utilizzare lo schema riportato nelle pagine successive

MEDICO CURANTE Dr./Dr.ssa:

Sig./Sig.ra:

ALLERGIE:

DATA di INIZIO	FARMACO e DOSAGGIO	Q.TA'	ORA di ASSUNZIONE *(specificare orario)*				
			Ore	Ore	Ore	Ore	Ore

MEDICO CURANTE Dr./Dr.ssa:

Sig./Sig.ra:

ALLERGIE:

DATA di INIZIO	FARMACO e DOSAGGIO	Q.TA'	ORA di ASSUNZIONE *(specificare orario)*				
			Ore	Ore	Ore	Ore	Ore