

DOCUMENTO TRASPORTO FARMACI

Questo documento ha lo scopo di accompagnarla nei suoi viaggi durante il corso della terapia. Può compilare questo documento, farlo firmare al suo medico e conservarlo nella sua documentazione di viaggio al fine di facilitare il trasporto del farmaco nel paese di destinazione. **Conservi sempre il farmaco nel suo imballaggio originale.**

DATI DEL MEDICO/DOCTOR DATA

Nome e Cognome/First Name and Last Name	
Numero di iscrizione all'albo/Registration No.	
Indirizzo/Address	
Codice Postale, Città/Postal Code, City	
Telefono/Phone number	Cellulare/Mobile number

CERTIFICO CHE IL PAZIENTE/I CERTIFY THAT

Nome e Cognome/First Name and Last Name	
Indirizzo/Address	
Codice Postale, Città/Postal Code, City	
Telefono/Phone number	Cellulare/Mobile number
Data di nascita/Date of birth	N. Passaporto/Passaport No.

DEVE ASSUMERE REGOLARMENTE LA SEGUENTE TERAPIA/ MUST ASSUME THE FOLLOWING THERAPY REGULARLY

Farmaco/drug

I seguenti farmaci devono essere conservati a 2°-8° C SÌ/YES NO
The following drugs should be preserved at 2°-8° C:

PERSONA DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA/EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

Nome e Cognome/First Name and Last Name	
Telefono/Phone number	Cellulare/Mobile number
Luogo e Data/Place and Date	Firma e timbro del medico/Doctor's signature and stamp