

AUTORIZZAZIONE UTILIZZO MEDICINALI GENERICI

Convitto annesso ITA Alanno a.s. _____

PER IL CONVITTORE: _____

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di genitore del convittore sopraindicato, sentito il parere del medico curante dello stesso e, comunque, assumendosi piena responsabilità in merito

AUTORIZZA

l'utilizzo/somministrazione dei seguenti medicinali al proprio figlio,

durante la permanenza in convitto

FARMACO		SI*	NO*
EFFERALGAN cpr eff.	Stati di malessere generalizzato		
MOMENT cpr	Stati dolorosi		
OKI bustine	Stati dolorosi e febbrili		
TACHIPIRINA cpr 500mg	Stati febbrili e dolorosi		
BENTELAN	Reazioni allergiche		
VOLTAREN emulegel	Contusioni muscolari		
GHIACCIO sintetico spry	Contusioni articolari		
FOILLE crema	Punture insetto		
POLARAMIN crema	Dermatiti		
STREPTOSIL pomata	Infezioni cutanee		
BIOKETTASI	Disturbi gastrici		
IMODIUM	Disturbi intestinali		
ENTEROGERMINA	Disturbi gastrointestinali		
COLLIRIO STILLA	Decongestionante occhi		
BIALCOL	Disinfezioni cutanee		
ACQUA OSSIGENATA	Disinfezione escoriazioni		

*indicare l'autorizzazione o meno, scrivendo la risposta SI o NO

Alanno,

in fede