

Contenuto della farmacia da viaggio (in accordo con il Suo medico curante)

Paziente: _____

Data: _____

Tipo di farmaco	Indicazione/applicazione	Principio attivo/nota	Acquisito/ incassato
Analgesico (antidolorifico)	Dolori	Per es. paracetamolo	<input type="checkbox"/>
Antibiotico	Malattie infettive	Concordato con il Suo medico	<input type="checkbox"/>
Antiemetico	Nausea, vomito	Per es. metoclopramide	<input type="checkbox"/>
Antidiarroico	Diarrea	Per es. loperamide	<input type="checkbox"/>
Materiale per fasciare	Medicazione di ferite	Cerotti, compresse di garza per ferite, garze, guanti, antisettico, forbici, ecc.	<input type="checkbox"/>
Antitrombotico	Prevenzione di una trombosi («coagulo sanguigno»)	Per es. eparina, per voli superiori alle 12 ore, solo in accordo con il Suo medico	<input type="checkbox"/>
Termometro per misurare la febbre			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Timbro e firma: