



MODULO FARMACI - FEDERAZIONE ITALIANA CANOA KAYAK

NOME E COGNOME ATLETA:

Dichiaro di assumere o di aver assunto i seguenti farmaci, integratori e/o prodotti di erboristeria a decorrere dal _____ alla data odierna.

FARMACO, INTEGRATORE e/o PRODOTTO DI ERBORISTERIA (*)	DOSAGGIO	PERIODO		VIA DI SOMMINISTRAZIONE {**} E MEDICO PRESCRITTORE
		dal	al	
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				

NB: indicare la denominazione della specialità medicinale; nel caso in cui l'atleta non ricordi il nome della specialità assunta indicare nella colonna "Farmaco" il nome del medico prescrittore/ la sua città di residenza e la relativa motivazione clinica (si possono occupare più righe).

(*) Sbarrare tutte le linee dello schema non utilizzate.

(**) Precisare la via di somministrazione per ogni farmaco: per via orale/ intramuscolare/ endovenosa/ per spray/ gocce nasali od oculari/ pomate o creme/ ecc.

SI RICORDA CHE PRIMA DI ASSUMERE QUALUNQUE SOSTANZA, UTILIZZARE QUALUNQUE CREMA E' ASSOLUTAMENTE CONSIGLIATO SENTIRE L'OPINIONE DEL MEDICO DI SQUADRA O DEL MEDICO FEDERALE.

DATA _____

L'ATLETA (firma leggibile)

IL MEDICO DI SQUADRA (firma leggibile)

IL MEDICO FEDERALE (per presa visione)
