

Certificato medico per il trasporto di farmaci a bordo dell'aereo, ad uso personale del passeggero

Dr.

Via

Città

Tel

Certifico che il sig. _____,

nato a _____ il _____,

è affetto da ANGIOEDEMA da carenza di C1 **inibitore**. Deve avere a sua disposizione il seguente farmaco salvavita da somministrare in caso di attacco acuto:

concentrato plasmatico Cynrize(Shire), inibitore della C1- esterasi

Il suddetto farmaco è strettamente **ad uso personale**; nella confezione del farmaco è presente un kit per la somministrazione endovenosa dotato di siringa ed aghi.

I certify that Mr/Mrs. _____,

born in _____ on _____,

is affected by ANGIOEDEMA due to C1 Inhibitor deficiency. Must have at its disposal the following life-saving medicine to be administered in case of acute attack:

concentrated plasm Cynrize(Shire), C1- esterase inhibitor

The said drug is strictly personal use; in the medicine package is present a kit for intravenous administration with syringe and needles.

Luogo e data (non antecedente i 30 giorni dal viaggio)

firma e timbro