

NUOVA DISPENSAZIONE

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

Eleggibili solo pazienti di età ≥ 18 anni

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Dispensazione numero _____ per il paziente

Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico: _____

	AIC	N.ro confezioni
Selezionare la specialita'*:	- 037154010/E; 112 compresse rivestite con film in blister da 200 mg	_____
Dose dispensata nel ciclo* :	_____mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)	
Data di dispensazione* :	_____ (gg/mm/aaaa)	

Dose massima x ogni dispensazione: 22400 mg

Una confezione x ogni dispensazione: dose massima 22400 mg

Nome del Medico

Data

Firma