

**DISPENSAZIONE: THALIDOMIDE**

<b>Codice Paziente</b>	<b>Centro</b>	<b>Iniz. Paz.</b>	<b>Data Registrazione</b>	<b>Data di Nascita</b>
_____	_____	_____	_____	_____

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

**Dispensazione numero \_\_\_\_\_ per il paziente**

**Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico: \_\_\_\_\_**

<b>AIC</b>	<b>N.ro confezioni</b>
<input type="checkbox"/> N.038572018/E; 50 mg capsula rigida uso orale blister (PVC/PE/ACLAR/ALU);28 capsule	_____

Dose dispensata nel ciclo* :	_____ mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)
Data di dispensazione* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)

**NOTA BENE:** La compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma