SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome Nome Data di nascita N° CCI/Nosologico	Barcode

Terapia orale

PRESCRIZIONE		SOSPENSIONE			Data.....					Data.....					Data.....					Data.....					Data.....					Data.....					Data.....					Data.....				
					ORA					ORA					ORA					ORA					ORA					ORA					ORA					ORA				
DATA ORA	Firma medico	DATA ORA	Firma medico	**Terapia orale** *(indicare farmaco e ora di somministrazione)*																																								

FOGLIO UNICO di TERAPIA

Data.....					Data.....					Data.....					Data.....					Data.....					Data.....				
ORA					ORA					ORA					ORA					ORA					ORA				