FOGLIO UNICO di TERAPIA

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

Terapia sottocute

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

FOGLIO UNICO di TERAPIA

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