

**NUOVA DISPENSAZIONE**

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

<b>I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.</b>	
<b>Dispensazione numero _____ per il paziente</b>	
<b>Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico _____</b>	
<b>AIC</b>	<b>N.ro confezioni</b>
<input type="checkbox"/> N. 039398019/E 5 mg, compressa, uso orale, blister 30 compresse	_____
<input type="checkbox"/> N. 039398045/E 10 mg, compressa, uso orale, blister 30 compresse	_____
Dose dispensata nel ciclo* :	_____ mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)
Data di dispensazione* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma