

DISPENSAZIONE: ALIMTA

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

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.
Dispensazione numero _____ per il paziente
Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico: _____

AIC		N.ro confezioni
<input type="checkbox"/>	N. 036587018/E; 1 flaconcino di polvere per concentrato per soluzione per infusione da 500 mg	_____

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