



REGISTRO DEI FARMACI PER ARTRITE REUMATOIDE SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Centro	Codice Paziente	Nome Cognome	Data di nascita	Data di reg.
_____	_____	_____	__/__/__	__/__/__

Cimzia

Eleggibili solo pazienti con età > 18 anni

DISPENSAZIONE		
<p>I campi contrassegnati con * sono obbligatori. N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es. 35.5 mg</p>		
DATI DISPENSAZIONE		
AIC	<input type="checkbox"/> N. 039539010/E	N. di confezioni dispensate _____
AIC	<input type="checkbox"/> N. 039539022/E	N. di confezioni dispensate _____
Dose dispensata nel ciclo*		_____ mg
Data di dispensazione*		____/____/____ (gg mm aaaa)