

NUOVA DISPENSAZIONE

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
- N. 036584011/E; 2 mg/ml soluzione per infusione 1 flaconcino da 50 ml	_____
-036584035/E; 5 mg/ml soluzione per infusione uso endovenoso flaconcino (vetro) 20 ml 1 flaconcino	_____
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