

NUOVA DISPENSAZIONE

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

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.		
Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico: _____		
Dispensazione numero _____ per il paziente		
	AIC	N.ro confezioni
Selezionare la Specialità:	<input type="checkbox"/> N. 036927010/E; 6.25 mg polvere	_____
Dose dispensata nel ciclo* :	_____mg (60 microgrammi/kg/giorno, tre giorni prima e tre giorni dopo la chemioterapia)	
Data di dispensazione* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)	

 Nome del Medico

 Data

 Firma