



DISPENSAZIONI: MABTHERA

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

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

**Dispensazione numero \_\_\_\_\_ per il paziente**

**Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico: \_\_\_\_\_**

<b>AIC</b>		<b>N.ro confezioni</b>
<input type="checkbox"/>	N. 033315019; 2 flaconcini 10ml 100 mg	_____
<input type="checkbox"/>	N. 033315021; 1 flaconcino 50 ml 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