

**RICHIESTA FARMACO MACUGEN**
**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	(Compilato automaticamente dopo l'invio)
Numero richiesta farmaco	_____
Fase di trattamento*	Attacco Mantenimento
Data della richiesta*	___/___/___ <b>gg/mm/aaaa</b>
Data prevista per la somministrazione*	___/___/___ <b>gg/mm/aaaa</b>
Occhio trattato*	Destro (OD) Sinistro (OS)
Dose die*	_____ mg
Farmacia di riferimento	Farmacia Ospedaliera Farmacia territoriale ASL di domicilio Altra farmacia (altra Struttura, altra ASL, ecc.)
Farmacia	_____