


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*	___/___/___ gg/mm/aaaa
Data prevista per la somministrazione*	___/___/___ gg/mm/aaaa
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	_____