

PROLIA
DISPENSAZIONE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

AIC *	<input type="checkbox"/> 040108033/E 60 mg/ml – soluzione iniettabile – uso sottocutaneo – siringa preriempita (vetro)	N. di confezioni dispensate *	_____
Dose Dispensata nel ciclo*		_____ mg	
Data di dispensazione*		____/____/____ (gg mm aaaa)	

 Nome del Medico

 Data

 Firma