

DISPENSAZIONE: REVLIMID 648

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

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Dispensazione numero _____ per il paziente
Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico: _____

	AIC	N.ro confezioni
Selezionare la specialita'*:	<p>-N. 038016010/E; 5 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule</p> <p>-N. 038016022/E; 10 mg capsula rigida uso orale blister (PA/ALU/PVC/ALU) 21 capsule</p> <p>-N. 038016034/E; 15 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule</p> <p>-N.038016046/E; 25 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Dose dispensata nel ciclo* :	<p>_____mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)</p>	
Data di dispensazione* :	<p>_____ (gg/mm/aaaa)</p>	

Nome del Medico

Data

Firma