

**DISPENSAZIONE: REVLIMID 648**

<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>
Selezionare la specialita'*:	<p><b>-N. 038016010/E</b>; 5 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule</p> <p><b>-N. 038016022/E</b>; 10 mg capsula rigida uso orale blister (PA/ALU/PVC/ALU) 21 capsule</p> <p><b>-N. 038016034/E</b>; 15 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule</p> <p><b>-N.038016046/E</b>; 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