

**DISPENSAZIONE: REVLIMID**

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
<input type="checkbox"/> 038016010/E; 5 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule	_____
<input type="checkbox"/> 038016022/E; 10 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule	_____
<input type="checkbox"/> 038016034/E; 15 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule	_____
<input type="checkbox"/> 038016046/E; 25 mg capsula rigida uso orale blister PCTFE/PVC/ALU 21 capsule	_____

Dose dispensata nel ciclo* :	_____mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)
Data di dispensazione* :	___/___/___ (gg/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma