

## DISPENSAZIONE: SOLIRIS

Se sono state effettuate dispensazioni precedenti:

Data della precedente  
somministrazione\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg mm aaaa)

### I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.

Codice identificativo Unico della Richiesta  
Farmaco: \_\_\_\_\_

Numero di fiale dispensate\*: \_\_\_\_\_

AIC\*:  038083010/E  
300 mg concentrato per soluzione per infusione uso  
endovenoso 1 flaconcino (vetro) 30 ml (10 mg/ml)

Quantità di farmaco dispensata: \_\_\_\_\_ mg

Data di dispensazione\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg mm aaaa)

Dispensazione effettuata da: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico