

NUOVA DISPENSAZIONE

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'*:	<input type="checkbox"/> 037192010/E; 30 capsule da 25 mg	_____
	<input type="checkbox"/> 037192022/E; 30 capsule da 12,5 mg	_____
	<input type="checkbox"/> 037192034/E; 30 capsule da 50 mg	_____
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