

**DISPENSAZIONE: THALIDOMIDE**

<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>
<input type="checkbox"/> N.038572018/E; 50 mg capsula rigida uso orale blister (PVC/PE/ACLAR/ALU);28 capsule	_____

Dose dispensata nel ciclo* :		_____ <b>mg</b> <b>(es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)</b>
Data di dispensazione* :		____/____/____ <b>(gg/mm/aaaa)</b>

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

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma