

DISPENSAZIONE: THALIDOMIDE

| | | | | |
|------------------------|---------------|-------------------|---------------------------|------------------------|
| 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"/> N.038572018/E; 50 mg capsula rigida uso orale blister (PVC/PE/ACLAR/ALU);28 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