

**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