

**NUOVA DISPENSAZIONE**

<b>Codice Paziente</b> _____	<b>Centro</b> _____	<b>Iniz. Paz.</b> _____	<b>Data Registrazione</b> _____	<b>Data di Nascita</b> _____
---------------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

<b>I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.</b>		
<b>Dispensazione numero _____ per il paziente</b>		
<b>Dispensazione Richiesta Codice Identificativo Unico: _____</b>		
	<b>AIC</b>	<b>N.ro confezioni</b>
Selezionare la specialita'*:	<input type="checkbox"/> N. 036871010/E; 25 mg 30 compresse rivestite con film blister pvc/alug	_____
	<input type="checkbox"/> N. 036871022/E; 100 mg 30 compresse rivestite con film blister pvc/alu	_____
	<input type="checkbox"/> N. 036871034/E; 150 mg 30 compresse rivestite con film blister pvc/alu	_____
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