AIFA
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

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'*:	☐ N. 038328011/E; 200 mg 30 capsula rigida uso orale blister pvc/pvdc/al ☐ N. 038328035/E; 200 mg 112 capsula rigida uso orale blister pvc/pvdc/al	_____ _____ _____ _____
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