

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
AIC*:	-N. 038633018/E; 250 mg compressa rivestita con film uso orale blister (PA/ALU/PVC/ALU) 70 compresse	_____
AIC*:	N. 038633032/E; 250 mg compressa rivestita con film uso orale blister (PA/ALU/PVC/ALU) 84 compresse	_____
AIC*:	N. 038633044/E; 250 mg compressa rivestita con film uso orale blister (PA/ALU/PVC/ALU) 70 compresse	_____
AIC*:	N. 038633069/E; 250 mg compressa rivestita con film uso orale blister (PA/ALU/PVC/ALU) 84 compresse	_____
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