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'*:	☐ 038347011/E; 1 flaconcino (vetro) 5 ml	_____
	☐ 038347023/E; 1 flaconcino (vetro) 10 ml	_____
	☐ 038347035/E; 1 flaconcino (vetro) 20 ml	_____
Dose dispensata nel ciclo* :	_____mg (es 35.5 mg: usare il punto per inserire numeri decimali)	
Dose totale massima richiedibile per 4 settimane di trattamento = 1320mg		
Data di dispensazione* :	_____ (gg/mm/aaaa)	

_____ Nome del Medico

_____ Data

_____ Firma