



XOLAIR

DISPENSAZIONE			
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.			
Dose totale dispensata*		_____	
AIC	<input type="checkbox"/> 036892014/E 150 mg polvere e solvente per soluzione iniettabile	Confezioni dispensate	_____
Data di dispensazione*		____/____/____ (gg mm aaaa)	