

**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. 036311013/E; 1,6 mg/ml kit per prep. radiofarmaceutica per infusione 1 flaconcino 2 ml uso endovenoso	_____
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