

U.O. di ..... Cod. ....

**DATI ASSISTITO**

Cognome..... Nome..... Cod. Fisc.....

Età..... Sesso..... ASL di residenza..... Comune..... Prov.....

**DIAGNOSI**

**PRESCRIZIONE**

Principio attivo - Forma farm. - Dosaggio      Posologia      Durata del ciclo terap.      n. confez. 1° ciclo      Nota CUF

Principio attivo - Forma farm. - Dosaggio	Posologia	Durata del ciclo terap.	n. confez. 1° ciclo	Nota CUF

Data prescrizione.....

.....  
Timbro e firma del Medico

**SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA OSPEDALIERA**

Farmaci erogati n. di confezioni

Fustelle


Data di spedizione.....

.....  
Timbro e firma del farmacista

Firma per ricevuta..... Documento di riconoscimento.....