



Richiesta di allestimento di TERAPIA ANTALGICA

All'U.O.C. Farmacia Distretto RG 1 – laboratorio galenica clinica F.A.

U.O./ Medico Richiedente: _____

Paziente

DATA PRESCRIZIONE

Data di nascita

SDO/ C.F.....

Diagnosi:.....

CICLO N.

DATA DI SOMMINISTRAZIONE.....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE.....

COMPOSIZIONE:

PRINCIPIO ATTIVO	DOSE TOTALE (mg)

In pompa elastomerica DURATAORE

VOLUME.....ML

DILUENTE.....

Timbro e Firma del medico