

**PRIMO CICLO TERAPEUTICO ALLE DIMISSIONI OSPEDALIERE**

P.O. S. ANTONIO ABATE – TRAPANI

Ricovero ordinario  Day Hospital  SDO .....

Cognome e Nome ..... Data nascita .....

Codice fiscale  Sesso

Comune di residenza ..... Prov. .... ASP 9

Diagnosi .....

**PRESCRIZIONE**

1. Principio attivo ..... Forma farm. e dosaggio .....

Nota AIFA ..... Unità posologiche..... Posologia .....

2. Principio attivo ..... Forma farm. e dosaggio .....

Nota AIFA ..... Unità posologiche..... Posologia .....

3. Principio attivo ..... Forma farm. e dosaggio .....

Nota AIFA ..... Unità posologiche..... Posologia .....

Data ..... Nominativo del medico ..... Firma.....

**DISPENZAIONE**

1. Medicinale .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Unità posologiche .....

2. Medicinale .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Unità posologiche .....

3. Medicinale .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Unità posologiche .....

Data ..... Nominativo del farmacista ..... Firma.....

Firma per ricevuta del paziente o suo incaricato .....