

C/A FARMACIA OSPEDALIERA -LABORATORIO DI GALENICA

Tel: 079/2061766

Mail: [farmacia.ospedaliera.ssa@aousassari.it](mailto:farmacia.ospedaliera.ssa@aousassari.it)

PRESCRIZIONE (ED EVENTUALE COMPOSIZIONE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

QUANTITÀ DA ALLESTIRE (in mL, g o numero di cps/cpr): \_\_\_\_\_

POSOLOGIA GIORNALIERA: \_\_\_\_\_

INDICAZIONE TERAPEUTICA: \_\_\_\_\_

INIZIALI DEL PAZIENTE: \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI UTILI RELATIVE AL PAZIENTE (ES. INTOLLERANZE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DA PREPARARE PER IL GIORNO: \_\_\_\_\_

URGENTE:  SI  NO

N° TELEFONO PER IL RITIRO: \_\_\_\_\_

DATA

TIMBRO PERSONALE DEL DIRIGENTE MEDICO E FIRMA