



MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI MEDICINALI INSERITI NELLA TABELLA II D DEGLI STUPEFACENTI DA UTILIZZARSI PER LA TERAPIA DEL DOLORE

MEDICINALE/I

DENOMINAZIONE MEDICINALE/I DOSAGGIO UNITARIO E FORMA FARMACEUTICA

COGNOME E NOME ASSISTITO O CODICE FISCALE

REGIME DI TRATTAMENTO _____

N. CARTELLA CLINICA /SDO _____

INDICAZIONE

POSOLOGIA _____

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO _____

RIFERIMENTO RICHIESTA INFORMATIZZATA _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA MEDICO _____