



AOUSassari

Direzione Sanitaria

Servizio Farmacia



C/A FARMACIA OSPEDALIERA -LABORATORIO DI GALENICA

PALAZZO ROSA

PRESCRIZIONE: _____

QUANTITÀ DA ALLESTIRE (in numero di contenitori): _____

TIPOLOGIA DI VALVOLA: _____

INDICAZIONE TERAPEUTICA: _____

NUMERO PAZIENTI TRATTATI: _____

NUMERO RICHIESTA ONLINE: _____

DA PREPARARE PER IL GIORNO: _____

N° TELEFONO PER IL RITIRO: _____

DATA

TIMBRO PERSONALE DEL DIRIGENTE MEDICO E FIRMA