

DA COPIARE SU CARTA INTESTATA DELL'UU.OO PRIMA DELLA STAMPA

C/A FARMACIA OSPEDALIERA -LABORATORIO DI GALENICA; 1° PIANO PALAZZO ROSA

E-mail: farmacia.ospedaliera.ssa@aouss.it

galenica@aouss.it

TEL: 079/2644721

PRESCRIZIONE (ED EVENTUALE COMPOSIZIONE):

QUANTITÀ RICHIESTA: in mL, g (e multipli) o numero di capsule

IDENTIFICATIVO PAZIENTE

NOTE VARIE

BARRARE SE URGENTE:

DATA _____

**TIMBRO PERSONALE FIRMA
DEL DIRIGENTE MEDICO**