



C/A FARMACIA OSPEDALIERA

e-mail: richiestegas@aouss.it

MODULO PRESCRIZIONE GAS MEDICALI CON AIC

(Barrare il prodotto scelto)

Ossigeno gassoso

☐

N_____Bombola di ossigeno 2 L

☐

N_____Bombola di ossigeno 3 L

☐

N_____Bombola di ossigeno 5 L

☐

N_____Bombola di ossigeno 7 L

☐

N_____Bombola di ossigeno 10 L

☐

N_____Bombola di ossigeno 14 L

☐

N_____Bombola di ossigeno 40 L

Ossigeno liquido

☐

N_____Bombola di ossigeno liquido
criogenico C31

Azoto protossido liquido

☐

N_____Bombola di azoto protossido 7,5 kg

☐

N_____Bombola di azoto protossido 10,5 kg

☐

N_____Bombola di azoto protossido 30 kg

Aria Medicinale F.U

☐

N_____Bombola di aria medicinale 5 L

☐

N_____Bombola di aria medicinale 10 L

☐

N_____Bombola di aria medicinale 40 L

Note varie: _____

BARRARE SE URGENTE

☐

DATA

TIMBRO E FIRMA