

Scheda n.

Mese di

Cognome e Nome

MMG DR

Allergie



LATO **B**

LEGENDA Prescrizione

P = PERIODICA A = AUTOGESTITO L = LASA T = TELEFONICA / EMAIL / FAX

PRESCRIZIONE TERAPIA

Data inizio terapia	Note	TERAPIA SOTTOCUTANEA	8	12	16	19	21	Timbro e firma del medico	Data fine terapia	Firma del medico
.../.../...									.../.../...	
.../.../...									.../.../...	
Data inizio terapia	Note	TERAPIA INTRAMUSCOLARE	8	12	16	19	21	Timbro e firma del medico	Data fine terapia	Firma del medico
.../.../...									.../.../...	
.../.../...									.../.../...	
Data inizio terapia	Note	TERAPIA ENDOVENOSA	8	12	16	19	21	Timbro e firma del medico	Data fine terapia	Firma del medico
.../.../...									.../.../...	
.../.../...									.../.../...	
Data inizio terapia	Note	ALTRO	8	12	16	19	21	Timbro e firma del medico	Data fine terapia	Firma del medico
.../.../...									.../.../...	
.../.../...									.../.../...	
.../.../...									.../.../...	
.../.../...									.../.../...	
Data inizio terapia	Note	NUTRIZIONE	8	12	16	19	21	Timbro e firma del medico	Data fine terapia	Firma del medico
.../.../...									.../.../...	
.../.../...									.../.../...	

Data inizio terapia	TERAPIA CONDIZIONATA	CONDIZIONE	Timbro e firma del medico	Data fine terapia	Firma del medico
.../.../...				.../.../...	
.../.../...				.../.../...	
.../.../...				.../.../...	
.../.../...				.../.../...	