|  |  |
| --- | --- |
| **Schema Terapeutico** | IN label 🞎 OFF Label 🞎 Compassionevole 🞎 |
| **Acronimo** | Studio: Sì 🞎 No 🞎 |
|  | **Farmaco****(principio attivo)** | 🞎 **mg/m2**🞎 **mg/Kg** | **Forma farmaceutica** | **Giorni** | **Tempo di infusione** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
|  |
| **Ciclo Ripetuto ogni: gg** |
| **Diagnosi:** | **Linea: 1 | 2 | 3 | 4 | N** |
| **Reparto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Degenza Ordinaria /\_/ Day Hospital /\_/ Ambulatorio /\_/Codice centro di costo: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

**Riferimenti Normativi/Bibliografici**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Il Medico **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Tel. **\_\_\_\_\_\_\_** Fax **\_\_\_\_\_\_\_**

 (timbro e firma)

|  |
| --- |
| **Spazio Riservato al Farmacista** |