



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: [REDACTED]

Centro Prescrittore	[REDACTED]		
Medico Prescrittore	[REDACTED]		
Tel.	[REDACTED]	e-mail	[REDACTED]

Codice fiscale	[REDACTED]	Cognome nome	[REDACTED]
Data nascita	[REDACTED]	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	160114	Residenza	[REDACTED]
Tel.	[REDACTED]	MMG	[REDACTED]

Diagnosi	[REDACTED]
Formulata in data	[REDACTED]

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Conf. e forma farmac.	20MG 12 CPR RIV.		
Nota	[REDACTED]		
Posologia	UNA AL GIORNO		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni [REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	6
		Data Termine	11/10/2017
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura		
Data Emissione	11/04/2017		