

Dottor FRANCESCO ROSSI

Medico Chirurgo

Ecc...

Ambulatorio: Roma, Viale Di Tadainaso 1000

Telefono: 123-456789

DATA: / /

Nome e Cognome del Paziente

R/ Clorochina bifosfato 500mg (o qualsiasi altro dosaggio)
[o idrossiclorochina solfato 200mg (o qualsiasi altro dosaggio)]
Eccipienti q. b.

Di tali numero capsule [o compresse]

S/

Somministrare 1 capsula ... volte al giorno eccetera [facoltativo, posologia non obbligatoria]

Timbro e Firma del Medico

[Validità della ricetta RIPETIBILE: 6 MESI]