

**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]