

**Dottor FRANCESCO ROSSI**

**Medico Chirurgo**

**Ecc...**

**Ambulatorio: Roma, Viale Di Tadalnaso 1000**

**Telefono: 123-456789**

DATA: / /

Codice NUMERO o ALFANUMERICO (al posto di nome e cognome)

R/ "Avastin 100mg - 25 mg/ml"

o

"Avastin 400mg 25 mg/ml"

numero \_\_\_\_\_ confezioni

Ripartisci in numero \_\_\_\_\_ siringhe da \_\_\_\_\_ ml cadauna (o similare)

MOTIVAZIONE DELLA PRESCRIZIONE:

---

Timbro e Firma del Medico