

Regione Campania
Scheda per la prescrizione e dispensazione NAD
Parenterale | | Enterale | | Integratori Nutrizionali | |

AZIENDA SANITARIA NA 3 SUD

UNITA' OPERATIVA DIP. Dietetica e Nutrizione Clinica

CENTRO DI RIFERIMENTO : CENTRO N.A.D. - Cod. n° 09 Registro Regionale

(timbro)

PAZIENTE

sessu M F

Nato il

prov.

Codice Fiscale

Residente nel Comune di

prov.

Via

Nr.

Cap.

Tel.

ASL

Distretto

Regione

Numero Nosografico

PRESCRIZIONE (per max 3 mesi)

Prodotti farmaceutici e dose giornaliera

Diagnosi:

Durata ciclo terapia (gg)

N° CICLI prescritti:

Data

Timbro e firma del medico

CONSEGNA Prodotti farmaceutici NAD (max 30gg terapia per ogni consegna)

N°	Data	Prodotti farmaceutici (specificare)	Quantità consegnata	Firma per ricevuta	Documento