

OSPITE: \_\_\_\_\_

ALLERGICO A:.....

Dott. \_\_\_\_\_  
 Cell. \_\_\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_

<b>TERAPIA ORALE</b>								
FARMACO	DATA INIZIO	DATA TERMINE	NOTE	8	12	16	18	20

**TERAPIA I.M.S.C./E.V.**

**TERAPIA A.B.**

**ALTRO**

Centro servizi "Le Betulle"  
 Sede legale: Via G. Cotta, n. 4 - 37131 - Verona  
 Tel. 045.525.726 (r.a) - Fax 045.521.744  
 info@lebetulle.it - www.lebetulle.it

Data

Timbro e firma medico curante