



< Descrizione ASL >	
< Descrizione Struttura >	
< Indirizzo >	
< Città >	
< Telefono >	< Fax >
< E-mail >	< Sito >

Prescrizione Immunoterapia	
Dati del paziente: <Cognome e Nome paziente > CF: < Codice Fiscale > Sesso: <Sesso> Data nascita: < Data Nascita> Comune Residenza: < Comune Residenza >	
Numero di riferimento cartella clinica:	< Numero riferimento >
Data prescrizione:	< Data Prescrizione >
Diagnosi:	< Elenco Diagnosi paziente >
Tipo terapia:	< Tipo Immunoterapia >
Codice Regionale:	< Codice regionale vaccino >
Casa farmaceutica:	< Casa Farmaceutica vaccino >
Nome commerciale e forma farmaceutica:	< Nome commerciale vaccino >
Allergene ITS:	< Allergene associato >
Note / Osservazioni:	< Note >
Operatore: < Operatore >	Data Stampa: < Data Stampa > Copia Nr. <nr>

Il paziente ha dato il consenso al trattamento dei dati personali

Firma e Timbro del Medico