

	Ospedale Spirito Santo U.O. di _____	DR 05 PO 01/562
	MODULO CONSEGNA RESO	Rev 04/2014 Pag 1 di 1 Mod.7

Pescara, li ____/____/____

All'UNITA' FARMACI ANTITUMORALI

Il sottoscritto Dr/I. _____
dichiara che in data odierna il Paziente _____
non ha eseguito la terapia per _____

Si riconsegnano i seguenti farmaci :

FARMACO 1: _____

FARMACO 2: _____

FARMACO 3: _____

FARMACO 4: _____

FARMACO 5: _____

che sono stati conservati in reparto secondo le indicazioni riportate in etichetta.

Firma leggibile o Timbro
