

**RICHESTA DI ATTUAZIONE OTD****A:** \_\_\_\_\_ **Da:** \_\_\_\_\_**Fax:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_**Tel.:** \_\_\_\_\_ **Pagine:** 1 **OSSIGENO LIQUIDO** **FLUSSO IN LITRI/MINUTO****FLUSSO** **CONCENTRATORE** **ADEGUAMENTO****DATI ANAGRAFICI PAZIENTE****NOME :** **COGNOME :** **CODICE FISCALE :** **ZONA SANITARIA PAZIENTE :**   **INDIRIZZO :** **TELEFONO :** **CODICE STRUTTURA PRESCRIVENTE :**      **ZONA SANITARIA STRUTTURA :**   **VISTO****(TIMBRO E FIRMA )****IL FARMACISTA DIRIGENTE ASL** \_\_\_\_\_