

Alina 2

Seria ..... nr. ....

Unitatea sanitară .....

(denumirea, adresa și numărul de telefon)

Datele pacientului:

Nume .....

Prenume .....

CNP/CID (codul de identificare al asiguratului)/ numărul pașaportului/ numărul cardului EU(CE)

Diagnostic .....

(codul utilizat în cadrul SIUI - diagnostic descriptiv)

Detalii medicament .....

Rp/ DC și/sau DCI.....

Concentrația,  
forma  
farmaceutică

.....  
.....  
.....

Modul de administrare: .....

Cantitatea: .....

(exprimată în unități terapeutice)

Durata tratamentului: .....

(număr de zile/luni)

Data eliberării prescripției medicale

Numele și semnătura medicului prescriptor  
Codul de parafă

Seria ..... nr. ....

Unitatea sanitară .....

(denumirea, adresa și numărul de telefon)

Datele pacientului:

Nume .....

Prenume .....

CNP/CID (codul de identificare al asiguratului)/ numărul pașaportului/ numărul cardului EU(CE)

Diagnostic .....

(codul utilizat în cadrul SIUI - diagnostic descriptiv)

Detalii medicament .....

Rp/ DC și/sau DCI.....

Concentrația,  
forma  
farmaceutică

.....  
.....  
.....

Modul de administrare: .....

Cantitatea: .....

(exprimată în unități terapeutice)

Durata tratamentului: .....

(număr de zile/luni)

Data eliberării prescripției medicale

Numele și semnătura medicului prescriptor  
Codul de parafă