

PRIMA PRESCRIZIONE PROSECUZIONE TERAPIA

Dose prescritta adulti/adolescenti (≥ 12 anni con peso ≥ 40 kg): 150 mg una volta al giorno per via orale

Rivalutazione dopo: _____

NOTA: vedi RCP per modalità di somministrazione, controindicazioni, avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione _____

Timbro e Firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

24A00284

