



PRIMA PRESCRIZIONE PROSECUZIONE TERAPIA

Dose prescritta adulti/adolescenti ( $\geq 12$  anni con peso  $\geq 40$  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

