

FAC-SIMILE PER LA PRESCRIZIONE DEL MALIASIN
A CURA DEL NEUROLOGO CURANTE

Io sottoscritto Dr. Neurologo curante del Sig.
..... nato a, il,
considerata l'assoluta necessità ed urgenza di continuità terapeutica, non essendo
stato possibile il passaggio ad altra terapia

oppure

considerata l'assoluta necessità ed urgenza di continuità terapeutica essendo fallito il
passaggio ad altra terapia,

prescrivo quanto segue:

scatole di Maliasin da 25 mg	n.
scatole di Maliasin da 100 mg	n.
Totale scatole	n.	3

Da assumere secondo la seguente posologia:

Dichiaro di avere informato il paziente sopra indicato che l'autorizzazione
all'immissione in commercio del Maliasin è decaduta.

Dichiaro che il farmaco di cui alla presente prescrizione verrà impiegato sotto la mia
diretta responsabilità per quanto riguarda le indicazioni ed il risultato clinico, ivi
compresa la sorveglianza degli eventuali effetti avversi (la qualità farmaceutica è
garantita ed attiene alla responsabilità della Ditta che l'ha prodotto in accordo alle
GMP).

Ho raccolto dal paziente sopra indicato (in caso di minori o incapaci, da chi esercita
la patria potestà) ai sensi del D.M. 1.9.1995, il consenso informato come da modulo
allegato alla presente prescrizione.

Ricetta medica non ripetibile

Data e firma