



شركة الطب الرقمي الطبية

للطب الإلكتروني

وصفة طبية

Rx Prescription

EMR No:

Patient Name:

AGE:

Gender:

| No | Medicine | Dosage | Unit | Route | Frequency | Duration |
|----|--------------|--------|------|---------|-----------|----------|
| 1 | TESTOSTERONE | 10 | Mg | Topical | 1 - 1 - 1 | 5 weeks |

Doctor Name:

Date: 16-12-2019