

PREscripció / Consumidor final. medicamento, forma, farmàcia, via d'administració, dosi per unitat

Duració tractament	Dies	pauta
Num. orden dispensació		
Fecha previa dispensació		

Pacient: Nom i cognoms, edat, número d'identificació i número

Dr/a. Nom i cognoms, especialitat i firma Dra. Dra. Otília del Pilar Barreiros Liriano, Odontologia

Adreça i telèfon de la farmàcia Adreça i telèfon de la farmàcia: (opcional)

Data de prescripció: 2025-02-21

Medicament: paracetamol  
Dosi: 500 mg  
Instruccions: tomar uno cada 8 horas

Firma del Odontòleg: \_\_\_\_\_



## COEC RECETA MÈDICA

P&D DENTAL - Rambles Just Olivan, 56, 2º 2ª - 08010 L'Hospitalet de Llobregat - Telèfon: 933777714

PREscripció / Consumidor final. medicamento, forma, farmàcia, via d'administració, dosi per unitat

Duració tractament	Dies	pauta
Num. orden dispensació		
Fecha previa dispensació		

Pacient: Nom i cognoms, edat, número d'identificació i número

Dr/a. Nom i cognoms, especialitat i firma Dra. Dra. Otília del Pilar Barreiros Liriano, Odontologia

Adreça i telèfon de la farmàcia Adreça i telèfon de la farmàcia: (opcional)

Data de prescripció: 2025-02-21

Medicament: paracetamol  
Dosi: 500 mg  
Instruccions: tomar uno cada 8 horas

Firma del Odontòleg: \_\_\_\_\_

