

Duració tractament	Dies	pauta
Num. orden dispensació		
Fecha previa dispensació		

Pacient: Nom i cognoms, edat, sexe i identificació i número
Dr/a. Nom i cognoms, especialitat, família del Pilar Barreiros Liriano, Odontologia
Adreça i telèfon de la farmàcia i telèfon de la farmàcia: (opcional)
Data de prescripció: 2025-02-21

Medicament: Paracetamol
Dosi: 500 mg cada 8 horas
Instruccions: despues de cada comida
COEC RECETA MÈDICA
P&D DENTAL

PREScriptió / Consumidor final, medicament, forma, farmàcia, via d'administració, dosi per unitat



Duració tractament	Dies	pauta
Num. orden dispensació		
Fecha previa dispensació		

La veritat d'aquesta recepta és a 10 dies naturals de la data de la seva emissió, i només és vàlida per una única dispensació. Si informa que els seus dades p

Pacient: Nom i cognoms, edat, sexe i identificació i número
Dr/a. Nom i cognoms, especialitat, família del Pilar Barreiros Liriano, Odontologia
Adreça i telèfon de la farmàcia i telèfon de la farmàcia: (opcional)
Data de prescripció: 2025-02-21

Medicament: Paracetamol
Dosi: 500 mg cada 8 horas
Instruccions: despues de cada comida

Firma del Odontòleg: _____
Dra. Dra. Otília del Pilar Barreiros Liriano
Núm. Col. Col. 5273
Data: 2025-02-21

