



COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: **ALBESANO PIERFRANCO**



INDIRIZZO: **VIA POGGIO, 40**

CAP:

CITTA':

PROV: TO

ESENZIONE: E01

SIGLA PROVINCIA: **TO**

CODICE ASL:301

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

Programmabile

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
90.75.4 (90754.0) - CONTROLLO PERIODICO PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO)	1	---

QUESITO DIAGNOSTICO: paziente in terapia tao pz non dembulante

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: **1** TIPO RICETTA: **Assist. SSN** DATA: **21/06/2021** CODICE FISCALE DEL MEDICO: **BNNNNA56D63D643E**

CODICE AUTENTICAZIONE: **210620211932291470004497737769**

026910T - BONANTE ANNA

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011