

Campania	*1500A*	*4670588845*
-----------------	----------------	---------------------

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:

SARACENO VINCENZO

INDIRIZZO:

Via Giacomo Leopardi,31

CAP:

84079

CITTA':

VIBONATI

PROV:

SA***SRCVCN33C18I422C***ESENZIONE: **C02**SIGLA PROVINCIA: **SA**CODICE ASL: **207**

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P): **P= Programmabile**

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
90.47.1 (90471.001) - ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	4	
90.75.4 (90754.001) - PT	4	

QUESITO DIAGNOSTICO: **451.1 Flebite e tromboflebite delle vene profonde delle estremità inferiori**N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: **8**TIPO RICETTA: **Assist. SSN**DATA: **23/12/2022**CODICE FISCALE DEL MEDICO: **FRRMHL69T08M208P**CODICE AUTENTICAZIONE: **231220221549433130006086486753**COGNOME E NOME DEL MEDICO: **FERRANTE MICHELE***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*