


 RECEPTA MÈDICA	COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA 					
PRESCRIPCIÓ (Consignar el medicament - forma farmacèutica, via d'administració, dosis per unitat i unitats per envàs) Núm. envasos/unitats: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Durada del tractament	Pacient (Nom i cognoms, any de naixement i número d'identificació)				
	Posologia					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">unitats</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">pauta</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	unitats	pauta			Prescriptor (Nom, núm. colegiat, especialitat i firma)
unitats	pauta					
	Núm. ordre dispensació <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> Data prevista dispensació ____ / ____ / ____					
Diagnòstic/s (si escau)		Data de la prescripció ____ / ____ / ____				
Instruccions al pacient (si escau)						
El pacient conservarà aquest document d'informació durant el període de validesa del tractament.		S'informa que les vostres dades seran incorporades en un fitxer responsabilitat de _____ Podeu exercitar els drets d'accès, rectificació, cancel·lació i oposició a davant el responsable. (Art. 5 LOPD)				

 RECEPTA MÈDICA	COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA 					
PRESCRIPCIÓ (Consignar el medicament - forma farmacèutica, via d'administració, dosis per unitat i unitats per envàs) Núm. envasos/unitats: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Durada del tractament	Pacient (Nom i cognoms, any de naixement i número d'identificació)				
	Posologia					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">unitats</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">pauta</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	unitats	pauta			Prescriptor (Nom, núm. colegiat, especialitat i firma)
unitats	pauta					
	Núm. ordre dispensació <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> Data prevista dispensació ____ / ____ / ____					
Substítueixo per: Justificar causa:	Firma del farmacèutic:	Data de la prescripció ____ / ____ / ____				
<input type="checkbox"/> Urgència <input type="checkbox"/> Desproveïment <input type="checkbox"/> Atres _____	Advertència per al farmacèutic:	Farmàcia (NIF/CIF, dades d'identificació, data de dispensació)				
La validesa d'aquesta receta expira als 10 dies naturals de la data prevista per a la dispensació // La medicació prescrita no superarà els 3 mesos de tractament // La recepta és vàlida per a una única dispensació.		S'informa que les vostres dades seran incorporades en un fitxer responsabilitat de _____ Podeu exercitar els drets d'accès, rectificació, cancel·lació i oposició a davant el responsable. (Art. 5 LOPD)				