

	Ora HCG MO.85.OCT.DMI. FIR	Rev. 00 del 15/01/2013 pag 1 di 2
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

CICLO DI _____

PARTNER FEMMINILE					
	ORA/GIORNO PREVISTI HCG	ORA/GIORNO SOMMINISTRAZIONE HCG	NUMERO DI TELEFONO	SIGLA OPERATORE	FIRMA OPERATORE
PARTNER FEMMINILE					
	ORA/GIORNO PREVISTI HCG	ORA/GIORNO SOMMINISTRAZIONE HCG	NUMERO DI TELEFONO	SIGLA OPERATORE	FIRMA OPERATORE
PARTNER FEMMINILE					
	ORA/GIORNO PREVISTI HCG	ORA/GIORNO SOMMINISTRAZIONE HCG	NUMERO DI TELEFONO	SIGLA OPERATORE	FIRMA OPERATORE
PARTNER FEMMINILE					
	ORA/GIORNO PREVISTI HCG	ORA/GIORNO SOMMINISTRAZIONE HCG	NUMERO DI TELEFONO	SIGLA OPERATORE	FIRMA OPERATORE
PARTNER FEMMINILE					
	ORA/GIORNO PREVISTI HCG	ORA/GIORNO SOMMINISTRAZIONE HCG	NUMERO DI TELEFONO	SIGLA OPERATORE	FIRMA OPERATORE