

[timbro medico]

Sig. _____ (codice paziente)

Pr:	Ketoconazolo	___	%	(2%)
	Triamcinolone	___	%	(0,1%)
	Crema base		qb	

FSA

Prepara ___ ml di crema (es. 100 gr)

S. Una applicazione la sera

D. _____

data _____

timbro e firma medico