

[timbro medico]

Sig. _____ (codice paziente)

Pr:	Idrochinone	___	%	(range 1 – 5)
	Acido retinoico	___	%	(range 0,01 – 1)
	Triamcinolone (o altro cortisonico)	___	%	(0,1)
	Nourivan crema		qb	

FSA

Prepara ___ ml (30 oppure 70) di soluzione in contenitore airless

S. Una applicazione la sera

D. _____

data _____

timbro e firma medico