

**Dottor FRANCESCO ROSSI**

**Medico Chirurgo**

**Ecc...**

**Ambulatorio: Roma, Viale Di Tadainaso 1000**

**Telefono: 123-456789**

DATA: / /

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE e/o CODICE FISCALE

**R/ Scopolamina 0,125 mg/0,1ml (ZERO VIRGOLA  
CENTOVENTICINQUE) [o qualsiasi altra concentrazione]**

*(esempio "Scopolamina 0,125 mg/0,1ml – CENTOVENTICINQUE milligrammi" vuol dire che 0,1ml contengono 125mg di scopolamina)*

**Gel PLO q. b. 100%**

Fai numero ..... siringhe da 1ml (o 2,5ml)

**S/**

Applicare 0,1 ml di gel .... volte al giorno [posologia obbligatoria]

Timbro e Firma del Medico

[Validità della ricetta NON RIPETIBILE: 30 giorni]