



„მუშუს კიბოს სამკურნალო მედიკამენტების დაფინანსება“ ქვეპროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული
პრეპარატების (ტრასტუზუმაზი 440 მგ/ფლაკონი±20მლ გამხსნელი+პერტუზუმაზი 420მგ+14მლ
კონცენტრატი) მიღების დამადასტურებელი

ცნობა N100

პაციენტის სახელი, გვარი: ლია ლეშკაშელი

პირადი N

დაწესებულების დასახელება _____

ექიმის სახელი, გვარი _____

გადასხმის თარიღი	
გადასხმის რიგითობა	
გადასხმული პრეპარატების მოცულობა (მგ.)	

დაწესებულების ბ.ა.

გადასხმის თარიღი	
გადასხმის რიგითობა	
გადასხმული პრეპარატების მოცულობა (მგ.)	

დაწესებულების ბ.ა.

გადასხმის თარიღი	
გადასხმის რიგითობა	
გადასხმული პრეპარატების მოცულობა (მგ.)	

დაწესებულების ბ.ა.

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)