




REGIONE LOMBARDIA	 *007PXWJ6R5*	 *030A0*	 *4421366185*
-------------------	--	--	---

COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO MOLlicHELLI NADIA

INDIRIZZO RES FONTANA, 821

CAP: 20090

CITTA' SEGRATE

PROV MI



MLL NDA72D70B519T

ESENZIONE NON ESENTE

SIGLA PROVINCIA MI

CODICE ASL 030321

DISPOSIZIONI REGIONALI

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S/H):

ALTRO

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P)

Programmabile

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
88.71.4 (0188714 04) ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI ALTRA TIPOLOGIA DI ACCESSO	1	

QUESITO DIAGNOSTICO: ipertiroidismo

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI	1
--------------------------	---

TIPO RICETTA Assist. SSN

DATA: 25/09/2019

CODICE FISCALE DEL MEDICO: CHPLSU70L35H284V

CODICE AUTENTICAZIONE 250920191532453280003054465796

COGNOME E NOME DEL MEDICO: CHIAPPA LUISA