



ALLESTIMENTO SINGOLA DOSE COMIRNATY
Farmacie di comunità

FARMACIA _____ FOGLIO N _____ DEL _____

VACCINO: _____ LOTTO: _____ SCADENZA _____

N° PREPARAZIONE	IDENTIFICATIVO SIRINGA	ORARIO	NON CONFORMITÀ	FIRMA PRIMO OPERATORE	FIRMA SECONDO OPERATORE
_____ Scadenza ore __ : __	A	1^ dose			
	B				
	C				
	D				
	E				
	F				
_____ Scadenza ore __ : __	A	1^ dose			
	B				
	C				
	D				
	E				
	F				
_____ Scadenza ore __ : __	A	1^ dose			
	B				
	C				
	D				
	E				
	F				
_____ Scadenza ore __ : __	A	1^ dose			
	B				
	C				
	D				
	E				
	F				