

**Modulo Prescrizione Diazepam clisteri  
Ricetta Non Ripetibile – RNR**

**Prescrittore:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

N° iscrizione all'ordine dei medici \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

*Paziente:* \_\_\_\_\_

R/

**Diazepam**

**mg** \_\_\_\_\_

**Sospensione base per clisteri endorettali q.b. a 3 ml**

**Di tali 5 clisteri endorettali**

S/ Somministrare nel canale anale in caso di crisi convulsiva

Timbro e firma identificabile del medico  
Codice Regionale del medico