

REGIONE LOMBARDIA	 *00PKXXUZMI*	 *0300A*	 *4613461615*
-------------------	--	--	--

COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO:

CAP:

CITTA':

PROV: MI


XXXXXXXXXXXXXXXXXX

ESENZIONE:M12	SIGLA PROVINCIA: MI	CODICE ASL: 030321	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S/H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	Programmabile

PRESCRIZIONE VALIDA 180 GIORNI AI FINI DELLA PRENOTAZIONE	QTA	NOTA
88.78.4 (0188784) ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRANSLUCENZA NUCALE (0188784 - 88784 - ECOGRAFIA OSTETRICA PER STUDIO DELLA TRANSLUCENZA NUCALE)	1	---

QUESITO DIAGNOSTICO: screening 1 trimestre

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1

TIPO RICETTA: Assist. SSN

DATA: 02/09/2026

CODICE FISCALE DEL MEDICO:

CODICE AUTENTICAZIONE:

COGNOME E NOME DEL MEDICO:

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011