



Hospital: _____

Dirección: _____

Paciente: _____

 **Xofigo**[®]
radium Ra 223 dichloride
INYECCIÓN

A este paciente se le ha administrado Xofigo[®]

Actividad administrada: _____

Fecha del procedimiento: _____ Hora: _____

Nombre y número de contacto las 24 horas: _____

Desechar esta tarjeta luego de _____ (días/fecha) después de la administración.