

SCHEDA PER ATTIVAZIONE PIANO TERAPEUTICO⁽¹⁾

NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO														
ETA'	SESSO M	F	CODICE FISCALE	<input type="text"/>									
TESSERA SANITARIA					<input type="text"/>									
INDIRIZZO														
A.S.L. DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO PROV.														
REGIONE														
MEDICO CURANTE														

DIAGNOSI:

ICD9-CM

FORMULATA IN DATA DA: CLINICA UNIVERSITARIA o
 ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE S.(I.R.C.C.S.) o
 CENTRO/AMBULATORIO SPECIALISTICO o
 DIVISIONE OSPEDALIERA o DAY
 HOSPITAL o MEDICO SPECIALISTA o
 SEDE REGIONE

PROGRAMMA TERAPEUTICO:

FARMACO/I PRESCRITTO/I (PRINCIPIO ATTIVO)

POSOLOGIA

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO⁽²⁾

PRIMA PRESCRIZIONE } PROSECUZIONE DELLA CURA }

TIMBRO E FIRMA DELLO

SPECIALISTA O CENTRO PRESCRITTORE DATA.....

⁽¹⁾ Da redigere in duplice copia ed inviare al medico curante e al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASL di residenza dell'assistito

⁽²⁾ Non oltre un anno; per il proseguimento eventuale della terapia redigere una nuova scheda