

SCHEDA PER ATTIVAZIONE PIANO TERAPEUTICO ⁽¹⁾

NOME E COGNOME DELL' ASSISTITO	
ETA' SESSO M F CODICE FISCALE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
	TESSERA SANITARIA <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
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