

SCHEDA PER ATTIVAZIONE PIANO TERAPEUTICO <sup>(1)</sup>

NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO .....

ETA' ..... SESSO M      F      CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TESSERA SANITARIA 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO .....

A.S.L. DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO ..... PROV. ....

REGIONE .....

MEDICO CURANTE .....

**DIAGNOSI:** .....

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** <sup>(2)</sup> .....

PRIMA PRESCRIZIONE } PROSECUZIONE DELLA CURA }

TIMBRO E FIRMA DELLO

SPECIALISTA O CENTRO PRESCRITTORE DATA.....

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

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