

PIANO TERAPEUTICO

Centro prescrittore.....	
Medico prescrittore (nome e cognome).....	
Tel.	e-mail

Paziente (nome e cognome).....	
Data di nascita (gg/mm/aaaa)	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a.....	Tel.
Regione..... Prov. _ _	
ASL di residenza.....	
Medico di Medicina Generale.....	

Diagnosi¹
.....
.....

Farmaco prescritto:	
.....	
Dose e durata del trattamento	
Dose/die:	Durata prevista del trattamento:
Indicare se:	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione della cura (motivo)

Data (gg/mm/aaaa) _____

Timbro e firma del medico prescrittore

¹ La diagnosi deve essere quella pertinente alla concedibilità a carico del S.S.N. (fascia A) e conforme alle indicazioni terapeutiche approvate per il medicinale prescritto. Per ogni indicazione diversa il farmaco è a carico dell'assistito.