

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO
TERAPEUTICO (1)**

Nome e Cognome _____		(iniziali ove previsto)
Numero tessera sanitaria dell'Assistito _____	Codice Fiscale _____	
Data di nascita ___/___/___	Sesso M F	ASL di appartenenza dell'Assistito _____
Comune di residenza dell'Assistito _____	Provincia _____	Regione _____

DIAGNOSI _____	

Formulata in data _____	
Medico Specialista _____	Dr./Prof. _____
Centro _____	
Reparto _____	
Day-hospital _____	
Ambulatorio _____	
Altro _____	

PROGRAMMA TERAPEUTICO	
Farmaco/i prescritto/i (Specialità) _____	
Principio attivo _____	
Nota AIFA _____	
Posologia _____	
Durata prevista del trattamento _____	
(2)	
Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione della cura <input type="checkbox"/>
Data _____	
Timbro e firma del medico prescrittore (3) _____	Timbro del centro _____

1. Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico dell'ASL di residenza dell'assistito ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
2. Non oltre 1 anno. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.
3. I dati identificativi del Medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.