



PIANO TERAPEUTICO

DATI PAZIENTE

Nome : _____ Cognome : _____
Codice fiscale : _____
Età : _____ Sesso : M F
ASL di appartenenza dell' assistito : _____
Comune : _____ Regione : _____
Medico curante (1) : _____

DATI PIANO TERAPEUTICO

Identificativo piano terapeutico : _____
Codice esenzione : _____
(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001 e DGR 38/15/326 del 12/04/2005)
Medico specialista prescrittore Dr./Prof. _____
Centro prescrittore : _____

Programma Terapeutico

Farmaco

Posologia

Durata prevista del trattamento (2) : _____
Prima prescrizione : Prosecuzione della cura : Modifica piano terapeutico :
Data compilazione piano terapeutico : _____
Data fine piano terapeutico : _____

Timbro e firma del medico prescrittore (3)

Timbro del centro

(1) Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera Scelta

(2) Non oltre 6 mesi. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

(3) I dati identificati del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.