

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO ⁽¹⁾

PAZIENTE _____		(iniziale ove previsto)	
Cognome	Nome		
Età _____	Data di nascita ____/____/____	Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale _____			
Numero di tessera sanitaria dell'assistito _____			
ASL di appartenenza dell'assistito _____	Provincia _____	Regione _____	

DIAGNOSI _____	
Formulata in data _____	
Medico specialista <input type="checkbox"/>	Dr/Prof _____
Centro _____	
Reparto <input type="checkbox"/>	_____
Day-hospital <input type="checkbox"/>	_____
Ambulatorio <input type="checkbox"/>	_____
Altro <input type="checkbox"/>	_____

PROGRAMMA TERAPEUTICO	
Farmaco/i prescritto/i (Specialità) _____	
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 della ASL 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.