

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI CREONIPÉ 35000 U.PH.EUR CAPSULE

(IN FASCA A/PHT)

Valido per gli assistiti lombardi

Data/...../.....

☐

1° prescrizione

☐

rinnovo (semestrale)

☐

variazione posologia

PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO (1)..... TELEFONO (2).....

Indicazione al trattamento: INSUFFICIENZA PANCREATICA ESOCRINA DOVUTA A

☐

NEOPLASIA PANCREATICA

☐

ALTRA CAUSA:.....

* per fibrosi cistica in distribuzione diretta dalle strutture ospedaliere

POSOLOGIA:

CP/DIE:.....

NUMERO CONFEZIONI:.....

MEDICO PRESCRITTORE

STRUTTURA SANITARIA

UNITA'/REPARTO

RUOLO ☐ Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione

☐ Medico specialista in Medicina Interna

☐ Medico specialista in Chirurgia generale

☐ Medico specialista in Gastroenterologia

☐ Medico specialista in Oncologia

☐ Medico specialista in Pediatria

CONTATTI

TELEFONO

FAX.....

EMAIL.....

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI CREONIPÉ 35000 U.PH.EUR CAPSULE

(IN FASCA A/PHT)

Valido per gli assistiti lombardi

Timbro e firma del Medico Prescrittore

.....