



**SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O
BIOSIMILARE A MAGGIORE COSTO**

Centro prescrittore _____

Medico proscrittore _____

Tel. _____ Mail: _____

Paziente (Cognome e nome): _____

Luogo e data di nascita: _____

Sesso: M F Codice fiscale: _____

Residente: _____ Tel. _____

Regione: _____ ASP di residenza: _____ Provincia: _____

MMG: _____

Diagnosi:

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto:

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Durata prevista per il del trattamento: _____

Prima prescrizione Prosecuzione del Trattamento

Reparto D.H. Ambulatorio

_____, il _____
(Luogo) (Data)

(Firma e timbro del Medico)