



Anagrafica paziente

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE sesso M F

Residente a _____ Via _____

ASP di Appartenenza _____ Regione _____

Medico Medicina Generale _____

DIAGNOSI _____

Formulata in data _____

dal Dott. _____ Centro Prescrittore _____
(Cognome e Nome)

Tel. _____ Mail _____

FARMACO (Specialità medicinale) _____

Indicazione Terapeutica rimborsata dal SSN _____

Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____

Durata prevista del trattamento _____
(Massimo 1 anno di trattamento)

Prima Prescrizione Prosecuzione della cura

Data di prescrizione _____

Timbro e firma Medico Prescrittore _____

La scheda di terapia deve essere redatto a cura dei medici operanti nei centri individuati dalla regione. La diagnosi e terapia devono essere conformi alle indicazioni terapeutiche approvate per il medicinale/principio attivo indicato e pertinenti con la concedibilità a carico del SSN