



Scheda regionale per la Prescrizione di
Farmaci ai sensi della L. 648/96

Il Sottoscritto Dott. _____ U.O. _____

AO/AOU/ASP _____

RICHIEDE

PER IL/LA PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE sesso M F

Residente a _____ Via _____

ASP di Appartenenza _____ Regione _____

Medico Medicina Generale _____

DIAGNOSI _____

Formulata in data _____

FARMACO (*principio attivo e nome commerciale*) _____

Indicazione Terapeutica ai sensi della L. 648/96 _____

Posologia (*Modo e Tempo di somministrazione*) _____

Durata prevista del trattamento _____

Quantità richiesta: n° _____ fiale cpr cps altro _____

Prima Prescrizione **Prosecuzione della cura**

E DICHIARA ALTRESÌ CHE

- Il farmaco è prescritto nel rispetto delle condizioni indicate nel relativo provvedimento di inserimento nell'elenco.
- Il trattamento avverrà sotto la propria diretta responsabilità.
- E' stato acquisito il consenso informato del paziente dal quale risulta che il paziente stesso è consapevole degli aspetti relativi alla mancata valutazione del medicinale da parte del Ministero della Salute ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio, sotto il profilo della qualità, sicurezza, efficacia.
- Si impegna ad informare il paziente di eventuali nuovi dati relativi alla terapia della patologia di cui il paziente è affetto
- E' stato elaborato il Piano terapeutico nel rispetto delle disposizioni vigenti

Data di prescrizione _____

Timbro e firma Medico Prescrittore _____

La scheda di terapia deve essere redatta a cura dei medici operanti nell'Area Terapeutica di riferimento. 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