

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA A.S.L. N. 104 - MATERA

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE (1)
(Utilizzabile anche per prescrizione di farmaci con Piano Terapeutico senza nota)

Centro autorizzato per diagnosi e piano terapeutico dei farmaci di cui alla nota AIFA (CUF) n. _____
Denominazione della Unità Operativa _____
Medico Specialista Prescrittore _____

NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO _____
ETA' _____ SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> CODICE FISCALE _____
INDIRIZZO _____
AUSL DI RESIDENZA _____

DIAGNOSI _____

FORMULATA IN DATA _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO
FARMACO _____
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)

- 1) Da redigere in triplice copia per la trasmissione al medico curante (tramite l'assistito) e al Servizio Farmaceutico della A.U.S.L. dell'assistito (tramite la Direzione Sanitaria). La terza deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
- 2) Durata del trattamento non superiore a 12 mesi. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.
- 3) I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali comunicazioni.