



Modello per la definizione del Piano terapeutico (1)

Paziente

Cognome

Nome

Età _____

Data di nascita _____

sesto M F

Numero di tessera sanitaria dell'assistito/Codice fiscale _____

Az.USL di residenza dell'assistito _____

Diagnosi

Programma terapeutico

Farmaco/i prescritto/i _____

Nota AIFA (ove prevista) _____

Posologia _____

Durata prevista del trattamento (2) _____

Prima prescrizione

Proseguimento della cura

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore (3)

Timbro del centro (3)

- 1- Da redigere in triplice copia: una da inviare al servizio farmaceutico alla Azienda USL di residenza del paziente a cura del centro prescrittore, una al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta per il tramite dell'assistito, la terza copia va trattenuta nel centro dove viene compilata il Piano terapeutico. Il P.T. deve essere conservato dagli operatori sanitari per 1 anno dalla data di stesura.
- 2- Non oltre 1 anno. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda
- 3- I dati del medico e del centro di appartenenza devono essere tali da poter permettere eventuali tempestivi comunicazioni.