

LOGO ASL

LOGO REGIONE



REGIONE LAZIO

UNITA OPERATIVA:

~~ASSISTENZA~~

Allegato A

Modello per la definizione del Piano terapeutico (1)

Paziente

Cognome

Nome

Età

Data di nascita

sesso

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

Prosecuzione 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 della 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 contatti.

MOD. 5008