

PIANO TERAPEUTICO⁽¹⁾

(Determinazione AIFA 29/10/2004)

Per farmaci prescrivibili con obbligo di piano terapeutico

Intestazione Struttura Sanitaria.....

Cognome e Nome dell'assistito:.....

età:

Codice fiscale assistito

Residenza.....provincia

Medico curante:

Diagnosi:.....

Programma Terapeutico :

Farmaco/i prescritto/i(specialità)

Posologia

Durata prevista del trattamento(2)

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura

Clinica universitaria:

Istituto di Ricerca e cura a carattere scientifico

Centro/Ambulatorio Specialistico

Reparto ospedaliero:

Day-Hospital

Medico specialista

Medico di assistenza primaria

SEDE REGIONE

Data

Timbro e firma del prescrittore
Cod. iscr. Ordine Med.

- (1) Da redigere in quattro copie: la prima al settore farmaceutico territoriale della A.S.L. di residenza dell'assistito, la seconda al medico di assistenza primaria, la terza al paziente, la quarta rimane al centro prescrittore.
- (2) Durata del trattamento: max 12 mesi per il proseguimento eventuale della terapia va redatto un nuovo piano.