

# PIANO TERAPEUTICO<sup>(1)</sup>

(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 presrittore.
- (2) Durata del trattamento: max 12 mesi per il proseguimento eventuale della terapia va redatto un nuovo piano.