



**MODELLO UNICO DI PRESCRIZIONE SERVIZIO SANITARIO  
REGIONE CAMPANIA A.S.L. NAPOLI 3 SUD**

Codice N.:

CENTRO PRESCRITTORE (DENOMINAZIONE):

CODICE STRUTTURA:

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT.:

CODICE PRESCRITTORE:

IN SERVIZIO PRESSO QUESTA UNITA' OPERATIVA DICHIARA CHE IL PAZIENTE CON CODICE FISCALE:

CODICE FISCALE PAZIENTE:

A.S.L.:

**DIAGNOSI #1**

**ICD9**

PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSE	POSOLOGIA	CICLO TERAPEUTICO	FASCIA S.S.N.			
					A	PHT	H	C
					A	PHT	H	C
					A	PHT	H	C

DESCRIZIONE ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO	CODICE	A CARICO DEL S.S.N.	
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO

DESCRIZIONE FISIOKINESITERAPIA	CODICE	A CARICO DEL S.S.N.	
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO

**DIAGNOSI #2**

**ICD9**

PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSE	POSOLOGIA	CICLO TERAPEUTICO	FASCIA S.S.N.			
					A	PHT	H	C
					A	PHT	H	C
					A	PHT	H	C

DESCRIZIONE ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO	CODICE	A CARICO DEL S.S.N.	
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO

DESCRIZIONE FISIOKINESITERAPIA	CODICE	A CARICO DEL S.S.N.	
		SI	NO
		SI	NO
		SI	NO

DATA:

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE CON CODICE

\_\_\_\_\_

Il parte (obb. solo per i trattamenti farmacologici) CODICE STRUTTURA:

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

per il trattamento della sua patologia necessita del farmaco:   
*(principio attivo/specialità – forma farmaceutica – via di somministrazione)*

Dose giornaliera:

Durata ciclo terapeutico (gg):  per (max 6 mesi):

**PRIMA PRESCRIZIONE**

**PROSECUZIONE**

Motivazione per il monitoraggio sugli aspetti clinici per cui il medico prescrive ai pazienti naive farmaci a più alto costo:

---

---

---

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE CON CODICE**

---

EROGAZIONE FARMACO: Da Compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale (max 30gg)				
DATA	FARMACO EROGATO	QUANTITA' IN UNITA'	TIMBRO FARMACIA	FIRMA DEL FARMACISTA
EROGAZIONE FARMACO: Da Compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale				

DATA

Per Ricevuta (firma paziente)