



REGIONE CAMPANIA A.S.L. _____

Codice a barra N.

CENTRO PRESCRITTORE (DENOMINAZIONE) _____

CODICE STRUTTURA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT. _____

CODICE PRESCRITTORE:

IN SERVIZIO PRESSO QUESTA UNITÀ 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 #N

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
IL MEDICO PRESCRITTORE

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

Programma terapeutico

per il trattamento della sua patologia necessita di farmaco

(principio attivo/specialità- forma farmaceutica- via di somministrazione)

Dose giornaliera

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

Prima prescrizione paziente naive

Prosecuzione

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

TIMBRO E FIRMA
IL MEDICO PRESCRITTORE con codice

I. EROGAZIONE FARMACO: Da compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale (MAX 30GG)				
Data	Farmaco erogato	Quantità in unità	Timbro farmacia	Firma del farmacista
SUCCESSIVE EROGAZIONI FARMACO: Da compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale				
Data	Farmaco erogato	Quantità in unità	Timbro farmacia	Firma del farmacista

Data ___/___/___

Per Ricevuta (firma del Paziente)
