



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Malattie Rare
Piano Terapeutico per la prescrizione di farmaci

Azienda Sanitaria/Casa di Cura _____

Centro di Riferimento Regionale – U.O. _____

individuato con (specificare provvedimento di individuazione) _____

Medico prescrittore _____ **tel/mail** _____

Paziente (nome e cognome) _____ **Data di nascita** / /

Codice Fiscale _____ **ASP di residenza** _____

Indirizzo _____ **tel.** _____

Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta _____

Diagnosi (breve descrizione della patologia): _____

Codice di esenzione della malattia rara: _____

Farmaco/i prescritti	Dosaggio	Posologia	n. confezioni
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

La terapia è indispensabile e insostituibile

Prima prescrizione **Prosecuzione del trattamento**

Durata prevista del trattamento (max 12 mesi) _____

Data successivo controllo / /

Data / /

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore