



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