

Piano terapeutico per medicinali prescrivibili a carico del Servizio Sanitario da parte del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta solo su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuati dalla regione

(da inviare al medico curante, al Servizio Farmaceutico Territoriale della ASS di residenza del paziente e conservare in copia)

Generalità dell'Assistito

Nome e Cognome:.....

Età:.....Sesso M F CRA:.....

Indirizzo:.....

ASS di residenza:.....(.....) Regione.....

Medico curante.....

Diagnosi

.....
.....
.....

conforme alle disposizioni CUF per prescrizione a carico del SSN, specificare:

- Nota CUF n....., ovvero (*):
- indicazione terapeutica regolarmente autorizzata
- altre limitazioni prescrittive:.....

Formulata in data:.....Presso:.....

.....

Piano Terapeutico:

Farmaco/i prescritto/i:.....

Posologia:.....

Durata prevista del trattamento:.....

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura

Cambio posologia/trattamento

Timbro e Firma
del Medico Prescrittore

.....

Data.....

(*): indicare il numero della Nota CUF di pertinenza, ovvero **solo nel caso in cui non sia prevista una nota CUF specifica** indicare se l'indicazione è compresa tra quelle regolarmente autorizzate ovvero se rientra in particolari protocolli di ricerca che ne definiscono le condizioni di rimborsabilità.