REGIONE TOSCANA

Legge n. 94 dell'08/04/98
Prescrizione di farmaci galenici

ALLEGATO AL PIANO TERAPEUTICO NUM. _____

Il sottoscritto Dr. Cognome e Nome Medico prescrittore Cod. Fiscale (codice fiscale)
in servizio presso AZIENDA-STRUTTURA
acquisito il consenso informato per il paziente:

COGNOME E NOME: _____ C.FISC: _____
DATA NASCITA: _____
COMUNE RESIDENZA: _____
ASL APPARTENENZA: _____
PATOLOGIA: _____

DICHIARO di assumere la responsabilità della seguente prescrizione galenica:

SPECIALITA'MEDICINALE:_____
PRINCIPIO ATTIVO: _____
DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____
_____
POSOLOGIA: _____
DURATA TRATTAMENTO: _____
MOTIVAZIONE PRESCRIZIONE GALENICA:
_____
_____
_____
_____

E'obbligatorio allegare una breve relazione clinica sul caso.

Luogo e Data: _____

Timbro e firma medico prescrittore: _____

FACSIMILE

Il presente documento non è riproducibile e può essere emesso solo attraverso il Registro Toscano Malattie Rare