



REGIONE
TOSCANA

STRUTTURA DI COORDINAMENTO RETE REGIONALE MALATTIE RARE
GRUPPO "....."
AO STRUTTURA.....
PROF.....
tel.: e-mail:

PRESIDIO DI RETE

Azienda Sanitaria.....UO
dr/prof.....
Tel.....e mail.....

Nome.....Cognome.....

Codice fiscale dell'assistito:

Sesso:

A.USL di appartenenza dell'assistito..... Provincia:.....

Regione:

Medico Curante ⁽¹⁾ : _____

Diagnosi: _____

Codice esenzione: _____

(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001 e successive integrazioni)

Formulata in data: _____

Programma terapeutico

Farmaco	Forma farmaceutica	Posologia

Durata prevista del trattamento⁽²⁾: _____

Posologia totale: _____

Prima prescrizione:

Prosecuzione della cura:

Data: _____

Firma del responsabile