

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	Piano Terapeutico MO 81. DPR. DMI. FIR.	Rev. 02 del 22/03/2010 pag 1 di 1
--	---	---

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO⁽¹⁾

Nome Cognome _____

Età _____ data di nascita _____ C.F. _____

Sesso: M F N° Tessera Sanitaria: _____

ASL di residenza dell'Assistito _____

Provincia _____ Regione _____

Medico Curante _____

DIAGNOSI: _____

formulata in data _____ FSH _____

da: Dr _____

AZIENDA USL RIMINI – U.O. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE
OSPEDALE CERVESI – CATTOLICA (RN)
Responsabile Direttore Dr Carlo Bulletti

PROGRAMMA TERAPEUTICO:

Farmaco/i prescritto/i(specialità) _____

NOTA AIFA _____

Posologia _____

Durata prevista del trattamento ⁽²⁾ _____

Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Programmazione eventuali successivi controlli _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE⁽³⁾

TIMBRO CENTRO AUTORIZZATO

- 1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio di Farmacia dell'ASL ed al medico curante che ha in carico l'Assistito, la terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
- 2) Non oltre 12 mesi. Nel caso in cui il Medico modifichi in aumento la posologia, deve inviare una nuova scheda.
- 3) I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.