



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA - ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## ALLEGATO A

### MODELLO FAC-SIMILE DI PIANO TERAPEUTICO<sup>1</sup>

- AZIENDA OSPEDALIERA \_\_\_\_\_
- AZIENDA U.S.L. N° \_\_\_\_\_
- POLICLINICO UNIVERSITARIO \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'assistito	_____		
Età	_____ Sesso M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Codice fiscale	_____	
Indirizzo	_____		
U.S.L. di residenza dell'assistito	_____	Provincia	_____
Regione	_____		
Medico curante	_____		

Diagnosi	_____
Formulata in data _____ da :	
Clinica Universitaria	_____
Centro / ambulatorio specialistico	_____
Reparto Ospedaliero	_____
Day Hospital	_____
Sede	_____
Programma Terapeutico:	
Farmaco/i Prescritto/i (specialità)	
Posologia	_____
Durata prevista del trattamento	_____
Timbro e Firma del Medico Prescrittore <sup>2</sup>	Data

<sup>1</sup>Da redigere in triplice copia e inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza dell'Assistito ed al Medico Curante che ha in carico l'Assistito

<sup>2</sup>Timbro della struttura autorizzata (Centro di Riferimento, Timbro e firma del Medico Prescrittore)