



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)