

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO

Azienda Sanitaria/Azienda Policlinico/IRCCS/Struttura privata accreditata \_\_\_\_\_

---

Nome e Cognome dell'assistito \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

ASP di residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formulata da<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Farmaco prescritto (indicare il principio attivo) \_\_\_\_\_

Nota AIFA (ove prevista) \_\_\_\_\_ P.T.O.R.S. SI  NO

Dosaggio \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista della terapia \_\_\_\_\_

Annotazioni \_\_\_\_\_

Prima prescrizione  Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico prescrittore

(1) Indicare la tipologia di Struttura ed il provvedimento con il quale è stato individuato il Centro prescrittore.

(2) In caso di prescrizioni non conformi alle indicazioni riportate in scheda tecnica, di farmaci non inseriti nel P.T.O.R.S. e/o non individuati negli elenchi di riferimento, indicare il motivo.