



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
ASP AGRIGENTO**



| | |
|--|------------------------------|
| PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI E PRESIDI DESTINATI ALLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI | |
| Distretto Sanitario di Base: | Medico referente UVP: |
| Tel: | e-mail: |
| Centro onlus: | Rif. Telefonici: |

| |
|---|
| Paziente: |
| Data e luogo di nascita: |
| Residenza: |
| Tessera sanitaria assistito: |
| Diagnosi: |
| ICD9: |
| Durata prevista del trattamento (max1 mese): <input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione trattamento |

| Farmaco/presidio prescritto* | Quantità prescritta |
|------------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Timbro e firma del **MEDICO PALLIATIVISTA**

FIRMA paziente **

FIRMA delegato al ritiro**

_____ ovvero _____

**I farmaci/dispositivi sono quelli indicati nell'apposito prontuario aziendale per le cure palliative domiciliari.*

*** Dovrà essere allegata fotocopia documento di riconoscimento*

data / / **timbro e firma farmacista**