



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA  
ASP AGRIGENTO



<b>PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI E PRESIDI DESTINATI ALLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI PER OPIOIDI E STUPEFACENTI</b> <i>(allegato III-bis, ART 43 DPR 309/90)</i>	
<b>Distretto Sanitario di Base:</b>	<b>Medico referente UVP:</b>
<b>Tel:</b>	<b>e-mail:</b>
<b>Centro onlus:</b>	<b>Rif. Telefonici:</b>

<b>Paziente COGNOME:</b>	<b>NOME:</b>
<b>Data e luogo di nascita:</b>	
<b>Residenza:</b>	
<b>Tessera sanitaria assistito:</b>	
<b>Diagnosi:</b>	
<b>ICD9:</b>	
<b>Durata prevista del trattamento (max 1 mese):</b> <input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione trattamento	
farmaco prescritto*	
dose prescritta*	
posologia*	
modo di somministrazione*	
<i>*campi obbligatori da compilare ai sensi del DPR 309/90</i>	

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbro e firma del  
DIRETTORE SANITARIO ONLUS

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 del  
FARMACISTA