

Data \_\_\_\_\_

L'assistito/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Formulata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Clinica Universitaria \_\_\_\_\_

Istituto di Ricerca \_\_\_\_\_

Reparto Ospedaliero \_\_\_\_\_

Medico Specialista \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Programma terapeutico

Farmaco prescritto \_\_\_\_\_

Nota AIFA \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento \_\_\_\_\_

Prima prescrizione

Prosecuzione cura

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma del Medico prescrittore)

\_\_\_\_\_  
(Timbro del Centro)