

Il parte (obb. Solo per i trattamenti farmacologici) CODICE STRUTTURA

Programma terapeutico

per il trattamento della sua patologia necessita di farmaco

(*principio attivo/specialità-forma farmaceutica-via di somministrazione*)

Dose giornaliera

Durata ciclo terapeutico (gg.)per (*) max 6 mesi.....

Prima prescrizione paziente naive

Prosecuzione

Motivazione per il monitoraggio sugli aspetti clinici per cui il medico prescrive ai pazienti naive farmaci a più alto costo :

**TIMBRO E FIRMA
IL MEDICO PRESCRITTORE con codice**

I. EROGAZIONE FARMACO: Da compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale (MAX 30GG)				
Data	Farmaco erogato	Quantità in unità	Timbro farmacia	Firma del farmacista
SUCCESSIVE EROGAZIONI FARMACO: Da compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale				
Data	Farmaco erogato	Quantità in unità	Timbro farmacia	Firma del farmacista

Data

Per Ricevuta (firma paziente)