

**MALATTIE RARE
SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI**



CENTRO
DI COORDINAMENTO
MALATTIE RARE



REGIONE BASILICATA

Codice Fiscale dell'Assistito: _____

Età: _____ Sesso M F

ASL di appartenenza del Paziente _____

Regione: _____

Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta: _____

Diagnosi: _____

Codice esenzione: _____

(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001)

Formulata in data: _____

Medico Specialista Dr./Prof. _____

Centro: _____

Programma terapeutico

| Farmaco | Forma farmaceutica | Posologia |
|---------|--------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Durata prevista del trattamento (massimo 1 anno) _____

Prima prescrizione:

Prosecuzione della cura:

Data: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Timbro del Centro