

MODULO DI PRESCRIZIONE EBPM OFF LABEL
- in Conformità ai Protocolli Interaziendali -

CENTRO PRESCRITTORE: AOU ASL _____ STRUTT.CONV. _____
 CENTRO TAO DEA/PS Reparto _____ AMB. SPECIALISTICO _____

PAZIENTE

COGNOME NOME _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____ CITTADINANZA _____
Comune di Residenza _____ (prov. _____) Regione _____
ASL di Residenza _____ MEDICO Medicina Generale _____

FARMACO (Principio attivo / Nome Commerciale)

_____ FORMA FARMACEUTICA _____
DOSAGGIO _____ POSOLOGIA _____
DURATA prevista del trattamento (giorni) _____

N.B. Per prescrizioni > 30gg allegare giustificativo / lettera di dimissione.

CONSENSO INFORMATO ACQUISITO IN DATA ____ / ____ / ____

MOTIVO PRESCRIZIONE

F. A. - INIZIO TERAPIA (Max 30 gg)
 PATOLOGIA _____

REGIME DI EROGAZIONE: RICOVERO (DO, DH) AMBULATORIO*

Luogo e Data compilazione

Il Medico Prescrittore (Timbro e Firma)

NOTE EVENTUALI