

Regione Autonoma della Sardegna

AZIENDA OSPEDALIERA \_\_\_\_\_

AZIENDA U.S.L. N° \_\_\_\_\_

CLINICA UNIVERSITARIA DI \_\_\_\_\_

PIANO TERAPEUTICO<sup>1</sup>

Nome e Cognome dell'assistito.....

Età..... Sesso M  F  Codice fiscale dell'assistito.....

Indirizzo.....

U.S.L. di residenza dell'assistito..... Provincia.....

Regione.....

Medico curante.....

Diagnosi:.....

Formulata in data..... da:

Clinica universitaria.....

Centro Ambulatorio specialistico.....

Reparto ospedaliero.....

Day Hospital.....

Sede.....

Programma terapeutico:

Farmaco/i Prescritto/i (specialità).....

Posologia.....

Durata prevista del trattamento.....

Timbro e Firma del<sup>2</sup>  
Medico prescrittore

Data.....

<sup>1</sup> Da redigere in triplice copia e inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza dell'Assistito ed al Medico Curante che ha in carico l'Assistito

<sup>2</sup> Timbro della struttura autorizzata (Centro di riferimento). Timbro e firma del Medico Prescrittore