

SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO MOUNJARO

COGNOME

NOME

RESIDENZA

CODICE FISCALE

N° PROTOCOLLO SCHEDA DI PRESCRIZIONE T.S.

ESENZIONE "013" SI NO (BLOCCANTE)

COME MONOTERAPIA QUANDO L'USO DI METFORMINA È CONSIDERATO INAPPROPRIATO A CAUSA DI INTOLLERANZA O CONTROINDICAZIONI;

SCHEDA DI REAZIONE AVVERSA

- PRESENTE (ALLEGARE N. DI SCHEDA O COPIA DELLA SCHEDA)
 NON PRESENTE (BLOCCANTE)

IN AGGIUNTA AD ALTRI MEDICINALI PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE:

INDICARE I FARMACI ATTUALMENTE IN USO

PRIMA PRESCRIZIONE

- | | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 2,5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 7,5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 10MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 12,5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 15MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> |

RINNOVO PRESCRIZIONE

- | | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 2,5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 7,5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 10MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 12,5MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 15MG 1 KWIKPEN - N° CONFEZIONI*: | <input type="text"/> |

* INDICARE IL NUMERO DI CONFEZIONI PER DURATA DELLA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

DURATA** SCHEDA MESI:

** MASSIMO 6 MESI PRIMA PRESCRIZIONE - MASSIMO 12 MESI FOLLOW UP

DATA _____

da trasmettere a:

AMBITO CAMPOBASSO	pianiterapeutici.cb@asrem.molise.it
AMBITO ISERNIA	pianiterapeutici.is@asrem.org
AMBITO TERMOLI	pianiterapeutici.te@asrem.org

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
PRESCRITTORE

TIMBRO E N°DI PROTOCOLLO
SERVIZIO FARMACEUTICO