

SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO RYBELSUS

COGNOME	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
NOME	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
RESIDENZA	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
CODICE FISCALE	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
N° PROTOCOLLO SCHEDA DI PRESCRIZIONE T.S.	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
ESENZIONE "013"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO (BLOCCANTE)	
<input type="checkbox"/> COME MONOTERAPIA QUANDO L'USO DI METFORMINA È CONSIDERATO INAPPROPRIATO A CAUSA DI INTOLLERANZA O CONTROINDICAZIONI;			
SCHEDA DI REAZIONE AVVERSA			
<input type="checkbox"/> PRESENTE (ALLEGARE N. DI SCHEDA O COPIA DELLA SCHEDA)			
<input type="checkbox"/> NON PRESENTE (BLOCCANTE)			
<input type="checkbox"/> IN AGGIUNTA AD ALTRI MEDICINALI PER IL TRATTAMENTO DEL DIABETE:			
INDICARE I FARMACI ATTUALMENTE IN USO			
<u>PRIMA PRESCRIZIONE</u>			
<input type="checkbox"/> 30 CPR 3 MG - N° CONFEZIONI*: <input style="width: 50px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> 30 CPR 14 MG - N° CONFEZIONI*: <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 30 CPR 7 MG - N° CONFEZIONI*: <input style="width: 50px;" type="text"/>			
<u>RINNOVO PRESCRIZIONE</u>			
<input type="checkbox"/> 30 CPR 3 MG - N° CONFEZIONI*: <input style="width: 50px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> 30 CPR 14 MG - N° CONFEZIONI*: <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 30 CPR 7 MG - N° CONFEZIONI*: <input style="width: 50px;" type="text"/>			
* INDICARE IL NUMERO DI CONFEZIONI PER DURATA DELLA SCHEDA DI PRESCRIZIONE			
DURATA** SCHEDA MESI: <input style="width: 50px;" type="text"/>			
** MASSIMO 6 MESI PRIMA PRESCRIZIONE - MASSIMO 12 MESI FOLLOW UP			
DATA _____			
da trasmettere a:		TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE _____	
AMBITO CAMPOBASSO	pianiterapeutici.cb@asrem.molise.it		
AMBITO ISERNIA	pianiterapeutici.is@asrem.org		
AMBITO TERMOLI	pianiterapeutici.te@asrem.org		
TIMBRO E N° DI PROTOCOLLO SERVIZIO FARMACEUTICO _____			

Atto: DEC.COMSAN/124 del 28-07-2025
 Servizio proponente: DS.07 POLITICA FARMACO
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente