

SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO OZEMPIC

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

1 PEN 0,25MG/D+4 AGHI - N° CONFEZIONI*: 1 PEN 1 MG/D+4 AGHI - N° CONFEZIONI*:

1 PEN 0,5MG/D+4 AGHI - N° CONFEZIONI*:

RINNOVO PRESCRIZIONE

1 PEN 0,25MG/D+4 AGHI - N° CONFEZIONI*: 1 PEN 1 MG/D+4 AGHI - N° CONFEZIONI*:

1 PEN 0,5MG/D+4 AGHI - N° CONFEZIONI*:

* 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:		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