

SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO/BIOSIMILARE A MAGGIOR COSTO-TERAPIA

Centro prescrittore _____

Medico proscrittore _____

Paziente _____ Sesso M ☐ F ☐

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residenza _____ Regione _____

ASL di residenza _____ MMG/PLS _____

Diagnosi _____

FARMACO BIOLOGICO A COSTO MAGGIORE PRESCRITTO NELL'AMBITO DELLA STESSA INDICAZIONE TERAPEUTICA (non necessaria in caso di insuccesso di terapie precedenti con farmaci oggetto di gara o accordi quadro*)

Dosaggio: _____ Via di somministrazione: _____

Indicazione terapeutica: _____

Documentata storia della fragilità del paziente: _____

Altro _____

Durata trattamento _____ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione del trattamento ☐

REGIME ASSISTENZIALE: DH ☐ Ambulatoriale ☐

*per aggiornamenti ed informazioni sui farmaci aggiudicati in gara o accordo quadro scrivere alla mail: servizio.farmaceutico@asrem.molise.it

Data

firma e timbro del medico prescrittore