

ALLEGATO E

MODELLO DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO

Centro di riferimento _____ Ospedale _____

Unità operativa _____

Medico specialista _____

Nome e cognome assistito _____ nato il _____

a _____ residente in _____

Numero tessera sanitaria _____ Codice fiscale _____

ASL di residenza _____ Regione _____ Provincia _____

Diagnosi: _____

Data diagnosi _____

Prescrizione

Farmaco: _____

Principio attivo _____

Dose giornaliera _____

Durata prevista del trattamento _____

Prima prescrizione ☐ prosecuzione cura ☐

Compilazione scheda di monitoraggio (se prevista) _____

**IL MEDICO
PRESCRITTORE**

Data _____

timbro e firma
