

ALLEGATO F

**PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI H/A –
RRL o RNRL. REGIME D.D. - PER USO DOMICILIARE**

Centro di riferimento _____ Ospedale _____

Unità operativa _____

Medico prescrittore _____

Nome e cognome assistito _____ nato il _____

a _____ residente in _____

Numero tessera sanitaria _____ Codice fiscale _____

ASL di residenza _____ Regione _____ Provincia _____

Diagnosi: _____

Data diagnosi _____

Prescrizione

Farmaco: _____

Dose giornaliera _____

Durata prevista del trattamento _____

Prima prescrizione prosecuzione cura

Compilazione scheda di monitoraggio (se prevista) _____

Consenso informato ex legge 648/96 (se richiesto) _____

Il trattamento è insostituibile ed alternativo di ospedalizzazione. Potrà essere effettuato a domicilio del paziente sotto la mia personale responsabilità dopo aver adeguatamente informato il medico curante ed istruito i familiari sulle modalità di somministrazione e possibili effetti collaterali. Dichiaro, inoltre, di aver acquisito agli atti l'autorizzazione al trattamento dei dati personali L.675/96.

IL MEDICO

Data _____

timbro e firma