SCHEDA INFORMATIZZATA

Report riepilogo dati Paziente

Utente:

Dati anagrafici:	
Annotazioni:	_____
Codice fiscale:	_____ Inserire il codice fiscale del paziente
Cognome:	_____
Nome:	_____ Inserire il nome di battesimo come da tessera sanitaria
Luogo di nascita:	_____
Data di nascita:	_____
Sesso:	_____
Regione di assistenza:	_____ Inserire la regione in cui risiede il paziente
Asl di assistenza:	_____ Inserire l'Asl cui è iscritto il paziente
Luogo di residenza:	_____
Via:	_____ Via e numero civico di residenza
Informazioni cliniche:	
Nuovo piano/Prosecuzione:	_____ Indicare se si tratta di un nuovo piano terapeutico o della prosecuzione di un piano precedente
Ceppo etnico:	_____
Paziente affetto da:	_____ Inserire la patologia per la quale il paziente è giunto all'attenzione dello specialista estensore del piano selezionandola dall'elenco. Scegliere il farmaco selezionato per il presente piano terapeutico.
Farmaco prescritto:	_____ N.B. La darbepoietina non può essere prescritta in caso di trattamento pre-donazione. Per Darbepoetina sono disponibili dati solo per pazienti maggiori di 11 anni.
Posologia:	_____ Inserire una completa prescrizione posologica
Durata prevista del trattamento:	_____ Inserire la durata del presente piano (in mesi)
Indicazione:	_____ Indicazione per la quale è

prescritto il farmaco. Selezionare una voce dall'elenco e, in caso non risulti, utilizzare la successiva casella Altro...

Molecole alternative considerate ed escluse -		
Motivi esclusione - 1: _____		un'alternativa valutata. Indicare i motivi dell'esclusione del farmaco alternativo indicato nel campo precedente. Indicare eventuali insuccessi terapeutici o effetti avversi riscontrati dettagliando
Molecola alternativa - 2: _____		Indicare il principio attivo alternativo considerato e scartato, indicando nel campo successivo le motivazioni (ad esempio: precedente insuccesso terapeutico, effetti avversi - indicare quali). E' auspicabile indicare almeno un'alternativa valutata.
Motivi esclusione - 2: _____		Indicare i motivi dell'esclusione del farmaco alternativo indicato nel campo precedente. Indicare eventuali insuccessi terapeutici o effetti avversi riscontrati dettagliando
Data di redazione del presente piano: _____		Indicare la data di rilascio del presente piano terapeutico

Torna all'elenco
Pazienti>

Torna all'elenco dei sondaggi>

Termina sessione>