

**ALLEGATO E**

**PIANO TERAPEUTICO FARMACI H-OSP 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

---