



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160113 - BT

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO
PER LA PRESCRIZIONE DI ANTAXONE OS 10FL 50MG/10ML

Centro Prescrittore	<input type="text" value=" ("/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text" value=" "/>	Cognome nome	<input type="text" value=" ,"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text" value=" 160114"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text" value=")"/>

Diagnosi (1)	<input type="text"/>
Formulata in data	<input type="text" value=" 15/05/2017"/>

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Conf. e forma farmac.	<input type="text" value=" 50MG/10ML OS 10FL"/>		
Posologia	<input type="text" value=" UNA AL GIORNO"/>		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value=" 12"/>	Data Termine <input type="text" value=" 17/05/2018"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione		<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
Data Emissione	<input type="text" value=" 17/05/2017"/>		

1) La diagnosi deve essere quella pertinente alla concedibilità a carico del S.S.N. (fascia A) e conforme alle indicazioni terapeutiche approvate per il medicinale prescritto. Per ogni indicazione diversa il farmaco è a carico dell'assistito