



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: [REDACTED]

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO
TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI CINACALCET

Centro Prescrittore	[REDACTED]		
Medico Prescrittore	[REDACTED]		
Tel.	[REDACTED]	e-mail	[REDACTED]

Codice fiscale	[REDACTED]	Cognome nome	[REDACTED]
Data nascita	[REDACTED]	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	160114	Residenza	[REDACTED]
Tel.	[REDACTED]	MMG	[REDACTED]

Diagnosi	[REDACTED]
Formulata in data	[REDACTED]

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Conf. e forma farmac.	90MG 28 CPR		
Nota	[REDACTED]		
Posologia	[REDACTED]		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni [REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi 12	Data Termine 09/02/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione		<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
Data Emissione	09/02/2017		