



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO  
PER LA PRESCRIZIONE DI FLUTICASONE**

<b>Centro Prescrittore</b>	ISTITUTO AMEDEO D'AOSTA		
<b>Medico Prescrittore</b>			
<b>Tel.</b>		<b>e-mail</b>	

<b>Codice fiscale</b>		<b>Cognome nome</b>	
<b>Data nascita</b>	02/12/1967	<b>Sesso</b>	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
<b>Asl Residenza</b>	160114	<b>Residenza</b>	
<b>Tel.</b>		<b>MMG</b>	

<b>Diagnosi</b>	
<b>Formulata in data</b>	

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

<b>Conf. e forma farmac.</b>	0,05% CREMA 30 G		
<b>Nota</b>			
<b>Posologia</b>			
<b>Durata trattamento</b>	<input type="checkbox"/> Giorni	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	12
	<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
<b>Data Termine</b>	21/02/2018		
<b>Data Emissione</b>	21/02/2017		