

Allegato "A"
di cui alla Circolare A.Re.S.
n° 1571 del 1 Aprile 2005



Regione Puglia

(Intestazione del centro)

.....
Presidio di rete di cui all' art. 2, comma 2, e art. 5, commi 1, 2, 3, 4 del Decreto Ministero Sanità 18 maggio 2001, n. 279
"Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni
sanitarie, ai sensi dell'art.5, comma 1, lettera b) del Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124"
individuato con D.G. della Regione Puglia n° 2238 del 23 dicembre 2003 (BUR n° 5 del 14 gennaio 2004)

CERTIFICAZIONE DI DIAGNOSI DI MALATTIA RARA AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE

Si certifica che

Cognome Nome

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita.....

Indirizzo

Codice Fiscale o numero della tessere sanitaria (ove adottato)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

è affetto dalla seguente patologia

(Descrivere la patologia come riportato nell'elenco di cui all'Allegato n.1 del D. M. 279/01).

.....

contraddistinta dal seguente Codice di esenzione

(riportare il Codice di cui all'Allegato n.1 del D. M. 279/01).

R							
---	--	--	--	--	--	--	--

Luogo

data/...../.....

**Timbro con n° regionale
e firma del Medico**

.....

la presente certificazione è rilasciata in triplice copia di cui una per il paziente, una per il medico curante (Medico di Medicina di Base o Pediatra di Libera Scelta) ed una per il proprio distretto che rilascerà il prescritto attestato di esenzione.

(Intestazione del centro)

individuato con D.G. della Regione Puglia n° 2238 del 23 dicembre 2003 (BUR n° 5 del 14 gennaio 2004)

MALATTIE RARE – PROGRAMMA DIAGNOSTICO di MONITORAGGIO

Codice Fiscale o numero tessera sanitaria dell'assistito (ove previsto):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Età: _____ anni Sesso: M F

ASL di appartenenza dell'assistito: _____ Provincia: _____

Regione: _____

Medico Curante (MMG o PLS) : _____

Diagnosi: _____

Codice esenzione:

R						
---	--	--	--	--	--	--

 (allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001)

Formulata in data: _____ dal Dr./Prof. _____

Programma Diagnostico di monitoraggio dell'evoluzione e della prevenzione di ulteriori aggravamenti

Procedura	Cadenza/Periodicità

Durata prevista del programma (non oltre un anno): _____

Luogo _____, data _____/_____/_____

Timbro con n° regionale e firma del Medico



(Intestazione del centro)

individuato con D.G. della Regione Puglia n° 2238 del 23 dicembre 2003 (BUR n° 5 del 14 gennaio 2004)

MALATTIE RARE – PROGRAMMA TERAPEUTICO

Codice Fiscale o numero tessera sanitaria dell'assistito (ove previsto):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Età: _____ anni Sesso: M F

ASL di appartenenza dell'assistito: _____ Provincia: _____

Regione: _____

Medico Curante (MMG o PLS) : _____

Diagnosi: _____

Codice esenzione: **R**

--	--	--	--	--	--

(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001)

Formulata in data: _____ dal Dr./Prof. _____

Programma Terapeutico indispensabile per il trattamento e la prevenzione di ulteriori aggravamenti

Prodotto	Forma farmaceutica	Posologia

Durata prevista del programma (non oltre un anno): _____

Prima Prescrizione Prosecuzione di terapia

Luogo

data/...../.....

Timbro con n° regionale e firma del Medico



(Intestazione del CIR di competenza)

individuato con D.G. della Regione Puglia n° 2238 del 23 dicembre 2003 (BUR n° 5 del 14 gennaio 2004)

MALATTIE RARE – PROGRAMMA DIETOTERAPEUTICO

Codice Fiscale o numero tessera sanitaria dell'assistito (ove previsto):

Grid for tax code or health card number

Età: _____ anni Sesso: M F

ASL di appartenenza dell'assistito: _____ Provincia: _____

Regione: _____

Medico Curante (MMG o PLS) : _____

Diagnosi: _____

Codice esenzione: **R** _____

(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001)

Formulata in data: _____ dal Dr./Prof. _____

Programma Terapeutico Indispensabile per il trattamento e la prevenzione di ulteriori aggravamenti

Prodotto	Ditte farmaceutiche	Quantità giornaliera	Quantità mensile	N° confezioni mensili

Durata prevista del programma (non oltre un anno): _____

- Prima Prescrizione
 Prosecuzione della dietoterapia
 modifica della dietoterapia

Luogo data/...../.....

Timbro con n° regionale e firma del Medico