

REGIONE SARDEGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° 3 - NUORO

- SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI -

Legge n° 405/01	G. U.
Timbro della struttura autorizzata (Centro di Riferimento) _____ Denominazione della Unità operativa _____ Medico referente _____	
04/11/2004	

PIANO TERAPEUTICO

Nome e cognome dell'assistito _____

Data di nascita _____ Sesso M F Codice fiscale _____

Indirizzo _____ Comune _____

AUSL di residenza _____ Regione _____

Medico curante _____

DIAGNOSI _____

FARMACI NOME COMMERCIALE	FORMA FARMACEUTIC A	POSOLOGIA PRO DIE	QUANTITA' MENSILE PRESCRITTA PER UNITA'	QUANTITA' MENSILE CONSEGNATA

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO _____ DATA INIZIO _____

- Duplice via di dispensazione
 Dimissione da ricovero
 Prestazione ambulatoriale
 ADI/AID
 Malattie rare
 Microcitemici
 Dialisi
 Legge 648/96
 H o Citostatici
 Altro

TIMBRO E FIRMA
DEL DIRETTORE DI STRUTTURA

VISTO DEL
FARMACISTA

DATA _____

PER RICEVUTA _____

Da redigere in triplice copia e inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza dell'Assistito ed al Medico Curante che ha in carico l'Assistito.