

PIANO TERAPEUTICO PER MALATTIA RARA

(DM 279/2001; DPCM 12/01/2017; DGRT 176/2017; DGRT 962/2017)

PRESIDIO PRESCRITTORE RETE REGIONALE MALATTIE RARE: _____

Tel. _____ Codice Procedura Aziendale: _____

ASSISTITO



Cognome e Nome: _____	Sesso: _____	Data Nascita: ____/____/____	Codice fiscale: _____
Tel.: _____	Azienda: _____	Regione: _____ (____)	Medico Curante _____
Malattia: _____	Cod. esenzione: _____		
Data certificazione: ____/____/____			

Prescrizione specialistica

Validità dal: ____/____/____ al: ____/____/____

Farmaco	Non Sost.	Forma Farmac. e dosaggio	Classe	Off Label	Posologia	Durata	Motivazioni cliniche

Preparazione Galenica	Formulazione Dosaggio	Posologia	Durata	Motivazioni cliniche

Integratori, parafarmaci, dietetici	Descrizione	Formulazione Dosaggio	Posologia	Durata

Altro	Descrizione	Formulazione Dosaggio	Posologia	Durata

Allegati: _____

DATA EMISSIONE: ____/____/____ COGNOME E NOME DEL MEDICO: _____ CODICE FISCALE: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

PROTOCOLLO: _____



DOCUMENTO PER IL PAZIENTE

NOTA AI FINI DELLA DISPENSAZIONE E CONCEDIBILITÀ: ai fini dell'erogazione dei prodotti prescritti i pazienti devono rivolgersi presso le Farmacie di continuità della ASL di residenza/domicilio sanitario.

I farmaci che non rientrano in classe A potrebbero non essere rimborsati/dispensati secondo la specifica normativa regionale in materia

Registro Toscano Malattie Rare

Questo documento non è riproducibile e può essere emesso solo attraverso il Registro Toscano Malattie Rare che garantisce che il presidio prescrittore è presidio accreditato della Rete regionale toscana per le malattie rare ai sensi della normativa nazionale e regionale in materia (DM 279/2001; DPCM 12/01/2017; DGRT 176/2017; DGRT 962/2017).

L'elenco completo e aggiornato dei presidi della rete regionale toscana è consultabile su www.malattierare.toscana.it