

ALLEGATO B**MALATTIE RARE
SCHEMA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI**

Numero tessera sanitaria dell'assistito: _____

Età: _____ Sesso M F

AUSL di appartenenza dell'assistito: _____ Provincia: _____

Regione: _____

Medico curante: _____

Diagnosi: _____

Formulata in data _____

Codice di esenzione _____
(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 maggio 2001)

Medico specialista

Dr/Prof.: _____

Centro : _____

Programma terapeutico

FARMACO	Forma farmaceutica	Posologia

Durata prevista del trattamento (2) _____

Prima prescrizione prosecuzione della cura

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore (3) _____

Timbro del centro _____

(1) Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera Scelta
(2) Non oltre un anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda
(3) I dati identificati del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni