

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO

Iniziali assistito Codice fiscale assistito
ASL di residenza dell'assistito Provincia Regione
Medico curante

Diagnosi
Formulata in data dal dottor
del centro autorizzato

Programma terapeutico

Farmaco/i prescritto/i (specialità)
Nota AIFA n°
Posologia
Durata prevista del trattamento (non oltre 12 mesi)
Prima prescrizione prosecuzione della cura

Data
Timbro e firma del medico

Timbro del centro autorizzato