



PIANO TERAPEUTICO A

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Codice identificativo Unico della Richiesta Farmaco	_____ (Compilato automaticamente dopo l'invio)		
Data piano terapeutico*	___/___/_____(gg mm aaaa)		
Peso*	_____ kg		
BMI	_____ (compilato automaticamente)		
Il piano terapeutico comprende i primi tre mesi di trattamento ed è possibile richiedere da uno ad un massimo di tre mesi di terapia (da 15000 a massimo 45000 microgrammi di DAXAS)			
Terapia (PT A) valida per*	1 mese 2 mesi 3 mesi		
Dose totale richiesta*:	_____ (Compilato automaticamente)	Corrispondente a*:	_____ (Compilato automaticamente)
Indicare tipo di prescrizione	_____ (Compilato automaticamente)		
Data prevista per la somministrazione*	___/___/_____(gg mm aaaa)		
Farmacia di riferimento*	Distribuzione Ospedaliera DO (farmacia ospedaliera) Distribuzione diretta DD (Farmacia ASL di territorio) Distribuzione per conto DPC (Farmacia aperta al pubblico) Distribuzione tramite farmacia aperta al pubblico(o Retail)		
Farmacia	_____		
Nota bene: per indicare correttamente la farmacia di riferimento, si prega di informarsi presso la farmacia della propria struttura o presso il servizio farmaceutico regionale in merito alle decisioni eventualmente adottate dalla propria Regione sulla politica distributiva relativa al farmaco in questione (DD, DPC o Retail).			

Nome del Medico_____
Data_____
Firma