



## 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)  |                    |                                   |
| <b>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)</b>  |  |                    |                                   |
| Terapia (PT A) valida per*   | 1 mese<br>2 mesi<br>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)<br>Distribuzione diretta DD (Farmacia ASL di territorio)<br>Distribuzione per conto DPC (Farmacia aperta al pubblico)<br>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