PIANO TERAPEUTICO B

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 è successivo ai primi tre mesi di trattamento ed è possibile richiedere da uno ad un massimo di nove mesi di terapia (da 15000 a massimo 135000 microgrammi di DAXAS)	
Terapia (PT B) valida per*	1 mese 2 mesi 3 mesi 4 mesi 5 mesi 6 mesi 7 mesi 8 mesi 9 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, DPCo Retail).	

_____	_____	_____
Nome del Medico	Data	Firma