


GILENYA
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Cognome*: (minimo 2 lettere)	_____
Nome*: (minimo 2 lettere)	_____
Codice fiscale*:	_____

Solo nel caso in cui il paziente non possieda codice fiscale inserire i dati seguenti:

Il paziente dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Tipo di documento di riconoscimento	<input type="radio"/> Passaporto <input type="radio"/> Permesso di soggiorno <input type="radio"/> Carta d'identità <input type="radio"/> Altro
Se Altro Specificare:	_____
Numero documento di riconoscimento	_____
Nazione dell'Autorità che ha rilasciato il documento	_____

In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel database globale il paziente sarà identificato dal codice che sarà assegnato automaticamente dal sistema. Nel database ad uso locale il paziente potrà essere identificato da cognome, nome o iniziali

Data di nascita*:	___/___/___ (gg mm aaaa)
Sesso*:	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Luogo di nascita*:	_____ <input type="checkbox"/> Estero
ASL di residenza*:	_____
Scegli il farmaco (Nome commerciale)*:	<input checked="" type="radio"/> Gilenya

 Nome del Medico

 Data

 Firma