



REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Cognome*:	<input type="text"/>
Nome*:	<input type="text"/>
Codice fiscale*:	<input type="text"/>
<p>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</p>	
Data di nascita*:	<input type="text"/> /____/____ (gg/mm/aaaa)

Da compilare in caso di paziente minorenne	
<p>Si ricorda che l'utilizzo del farmaco Tysabri, come riportato in scheda tecnica, è controindicato in bambini e adolescenti. Un utilizzo off-label necessita pertanto della dichiarazione di assunzione di responsabilità da parte del medico e del consenso informato del paziente. In tal caso si sottolinea che il farmaco, non rientrando nei criteri di rimborsabilità, è a carico della azienda sanitaria erogante.</p>	
Il medico si assume la responsabilità di un utilizzo off-label , a carico della azienda sanitaria?*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Consenso informato del paziente o dei genitori ottenuto?*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Sesso*:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita*:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Estero
ASL di residenza*:	<input type="text"/>
<p>Scegli il farmaco (Nome commerciale)*: <input checked="" type="radio"/> TYSABRI</p>	