



<b>Id. Piano</b>	750037882
------------------	-----------

Cara/o Collega,  
La informo che intendo trattare la paziente con acitretina ad uso sistemico per il trattamento di forme refrattarie di psoriasi estese e gravi, psoriasi pustolosa delle mani e dei piedi, grave ittiosi vulgaris congenita e dermatite ittiosiforme, lichen ruber planus della pelle e delle membrane mucose, altre forme gravi e refrattarie di dermatite caratterizzate da discheratosi e/o ipercheratosi.

Ho informato la paziente del rischio teratogeno correlato all'uso dell'acitretina.

Ho consegnato alla paziente la scheda promemoria per la paziente

Allego il Modulo di Consenso per la Prescrizione a Pazienti di Sesso Femminile

<b>Data effettuazione test di gravidanza</b>		<b>Esito</b>		<b>Firma</b>
--	--	--------------	--	--------------

(La contraccezione deve essere iniziata almeno un mese prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

(Il test di gravidanza, la consegna della prescrizione e la dispensazione di acitretina devono avvenire preferibilmente lo stesso giorno.)

<b>Dermatologo</b>	<input type="text"/>
<b>Indirizzo</b>	<input type="text"/>
<b>Tel.</b>	<input type="text"/>

Cognome nome	<input type="text"/>		
Tessera Sanitaria n.	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Età	<input type="text"/>

<b>Dose/die</b>	<input type="text" value="1"/>		
<b>Durata trattamento</b>	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text" value=""/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="1"/>	<b>Data Termine</b> <input type="text" value=""/>
Durata massima del Trattamento:8-12 settimane			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura <input type="text" value=""/>		
<b>Data Decorrenza</b>	<input type="text" value="29/06/2020"/>	<b>Timbro e firma del dermatologo prescrittore</b>	

**PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE o PER IL DERMATOLOGO**

Data effettuazione test di gravidanza: \_\_\_\_\_ esito: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_  
(immediatamente prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

Data effettuazione test di gravidanza: \_\_\_\_\_ esito: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Data effettuazione test di gravidanza: \_\_\_\_\_ esito: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Data effettuazione test di gravidanza: \_\_\_\_\_ esito: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Data effettuazione test di gravidanza: \_\_\_\_\_ esito: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Timbro e firma del medico prescrittore \_\_\_\_\_