



PIANO TERAPEUTICO

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale		Cognome nome	
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza		Residenza	
Tel.		MMG	

Diagnosi			
Dose/die			
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni	<input type="checkbox"/> Mesi	Data Termine
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura		
Motivo prosecuzione			
Data Decorrenza	12/10/2022		