



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160113 - BT

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO
TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI DEGARELIX

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

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

Diagnosi	<input type="text"/>
Formulata in data	<input type="text"/>

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Conf. e forma farmac.	Posologia		
Obbligo di prescrizione e dispensazione per il primo mese di una sola confezione da 120 mg. La prima dose di mantenimento deve essere somministrata un mese dopo la dose iniziale.			
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="12"/>	Data Termine <input type="text" value="07/11/2018"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione		<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
Data Emissione	<input type="text" value="07/11/2017"/>		