



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

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

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.	<input type="text"/>		
Posologia	<input type="text"/>		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="6"/>	Data Termine <input type="text" value="06/09/2018"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione		<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
Data Emissione	<input type="text" value="06/03/2018"/>		