



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

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

| | | | |
|---------------------|-------------|--------|-------------|
| Centro Prescrittore | <div></div> | | |
| Medico Prescrittore | <div></div> | | |
| Tel. | <div></div> | e-mail | <div></div> |

| | | | |
|----------------|-----------------------|--------------|--|
| Codice fiscale | <div></div> | Cognome nome | <div></div> |
| Data nascita | <div>02/12/1967</div> | Sesso | <input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina |
| Asl Residenza | <div>160114</div> | Residenza | <div></div> |
| Tel. | <div></div> | MMG | <div></div> |

| | |
|-------------------|-------------|
| Diagnosi | <div></div> |
| Formulata in data | <div></div> |

| | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| PROGRAMMA TERAPEUTICO | | | |
| Conf. e forma farmac. | <div>4,5MG 56CPS</div> | | |
| Nota | <div></div> | | |
| Posologia | <div></div> | | |
| Durata trattamento | <input type="checkbox"/> Giorni <div></div> | <input checked="" type="checkbox"/> Mesi <div>12</div> | Data Termine <div>15/02/2018</div> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione | | <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura | |
| Data Emissione | <div>15/02/2017</div> | | |