



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI GONADOTROPINE

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

PROVA

CONFEZIONAMENTO E FORMA FARMACEUTICA

DOSE/DIE

DURATA PREVISTA TRATTAMENTO 12 MESI

☒ PRIMA PRESCRIZIONE

☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 10/02/2017