



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI METILFENIDATO

CENTRO PRESCRITTORE

CODICE FISCALE

NOME COGNOME

DATA NASCITA

SESSO

TEL

RESIDENZA

ASL DI RESIDENZA

TESSERA SANITARIA

MMG

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' (ADHD) - MANIFESTAZIONE COMBINATA

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' (ADHD) - MANIFESTAZIONE CON DISATTENZIONE PREDOMINANTE

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITA' (ADHD) - MANIFESTAZIONE CON IPERATTIVITA'/IMPULSIVITA' PREDOMINANTI

CONFEZIONAMENTO E FORMA FARMACEUTICA 40MG/20/200

DOSE/DIE UNA AL GIORNO

DURATA PREVISTA TRATTAMENTO 12 MESI

☒ PRIMA PRESCRIZIONE☐ PROSECUZIONE DELLA CURA

DATA REDAZIONE 15/02/2017