



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

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

Centro Prescrittore	ISTITUTO AMEDEO D'AOSTA		
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

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

Diagnosi	
Formulata in data	

PROGRAMMA TERAPEUTICO				
Conf. e forma farmac.	0,05% CREMA 30 G			
Nota				
Posologia				
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	12	
			Data Termine	21/02/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura			
Data Emissione	21/02/2017			