



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160114 - BA

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER
LA PRESCRIZIONE DI IMMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)

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>
Nr. Tessera Sanitaria	<div></div>		

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

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Conf. e forma farmac.	<div>300MCG IM 1SIR.</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>14/02/2018</div>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione		<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
Data Emissione	<div>14/02/2017</div>		