



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

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

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>100MG 30 CPR</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>		