



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160114 - BA

PIANO TEREPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE SSN DEL FATTORE DI COAGULAZIONE

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text" value="02/12/1967"/>	Esenzione	<input type="text"/>
Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina		
Asl Residenza	<input type="text" value="160114"/>	Residenza	<input type="text"/>
MMG	<input type="text"/>	Peso(Kg)	<input type="text"/>
		H(cm)	<input type="text"/>

Diagnosi	<input type="radio"/> Emofilia A <input type="radio"/> severa <input type="radio"/> lieve <input type="radio"/> moderata <input type="radio"/> con inibitore				
	<input type="radio"/> Emofilia B <input type="checkbox"/> Von Willebrand <input type="checkbox"/> Altra coagulopatia(specificare <input type="text"/>)				
Inibitore	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				
Eta' diagnosi	<input type="text"/>				
Tipo trattamento	<input type="radio"/> Acuto <input type="radio"/> A domanda <input type="radio"/> Profilassi primaria <input type="radio"/> Profilassi secondaria <input type="radio"/> ImmunoTolleranza				
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text"/>				
Terapia	<input type="radio"/> Emoderivati scambio plasma <input type="radio"/> Emoderivato ricombinante				
	<input type="radio"/> Emoderivato commerciale <input type="radio"/> Altro(specificare) <input type="text"/>				

Farmaco Prescritto	<input type="text"/>	Dosaggio	<input type="text" value="UNA AL GIORNO"/>
Mod. Somministrazione	<input type="radio"/> Catetere centrale <input type="radio"/> E.v.		
Motivo scelta terapeutica	<input type="text"/>		
Annotazioni	<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura		
Data Termine	<input type="text" value="09/05/2018"/>		
<small>N.B. Produrre ad ogni successiva visita per il rinnovo del piano terapeutico il diario dettagliato del consumo del preparato usato riportando il numero di lotto e la motivazione del trattamento</small>			
Data Emissione	<input type="text" value="09/05/2017"/>		

N.B. Il presente piano terapeutico deve essere redatto in triplice copia:

- Una copia deve essere conservata a cura del medico prescrittore;
- Una copia deve essere conservata a cura della Farmacia deputata alla distribuzione del Fattore VIII;
- Una copia deve essere inviata a cura della Farmacia, con cadenza mensile, al Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT) al seguente indirizzo mail: crat@regione.puglia.it o al numero di fax 080-5403153