



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

PIANO TEREPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE SSN DI  
TESTOSTERONE

Centro Prescrittore	<input type="text"/>
Clinico Prescrittore	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text" value="02/12/1967"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Telefono	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
Asl Residenza	<input type="text" value="160114"/>	Tessera Sanitaria	<input type="text"/>
MMG	<input type="text"/>		

IPOGONADISMI MASCHILI PRIMITIVI E SECONDARI CARATTERIZZATI DA RIDOTTE CONTENTRAZIONI DI TESTOSTERONE TOTALE (< 12 nmol/L O 350 ng/dl) IN PRESENZA DI SINTOMI TIPICI (RIDUZIONE DEL DESIDERIO E POTENZA SESSUALE, OSTEOPOROSI, RIDUZIONE FORZA MUSCOLARE, OBESITÀ VISCERALE, ALTERAZIONI DEL TONO DELL'UMORE)

Conf. e Forma Farmaceutica	<input type="text" value="50MG GEL 30 TUBI"/>	Dosaggio	<input type="text"/>
Durata prevista del trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="12"/>	Data Termine	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura			
Data Redazione	<input type="text" value="10/02/2018"/>		