DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PAZIENTI DIABETICI [1]
- INSULINE – IPOGLICEMIZZANTI -

PAZIENTE:_____
Cognome Nome

Data di nascita_____/_____/_____ Sesso M F

Codice Fiscale___/___/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/___

Residenza dell'assistito _____ Provincia _____ Regione _____

DIAGNOSI

Formulata in data Medico specialista []

Dr. Prof_____

Centro [] _____

Reparto [] _____

Day-hospital []

Ambulatorio []

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO : _____

Posologia _____

_____

Durata prevista del trattamento (2)

Prima prescrizione [] Prosecuzione della Cura []

Data

Timbro e firma del medico prescrittore Timbro della struttura

_____ _____

1. Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
2. Non oltre 1 anno. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.