DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER OSSIGENO LIQUIDO [1]

PAZIENTE: ____
Cognome Nome

Data di nascita_______/_______/__________ Sesso M F

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

Residenza dell'assistito ______________________ Provincia _________ Regione ______________

DIAGNOSI : INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA

Formulata in data ... .

Medico specialista [] Dr .Prof______________________________________

Centro

Reparto [] ______________________________________

Day-hospital [] ....

Ambulatorio [] ....

Altro [] ....

PROGRAMMA TERAPEUTICO:

OSSIGENO LIQUIDO ....

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.