



Regione Lombardia

MALATTIE RARE SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI

Codice Fiscale dell'assistito:

Numero tessera sanitaria dell'assistito:

Età:

Sesso:

ATS di appartenenza del paziente:

Provincia:

Regione:

Medico Curante (1):

Diagnosi:

Codice esenzione:

(Allegato 7 al DPCM 12.01.2017)

Data certificazione diagnosi:

Medico specialista:

Presidio di rete:

Programma terapeutico

Farmaco	Forma Farmaceutica	Posologia

Nota generale

Durata prevista del trattamento (2): dal

al

Prima prescrizione

☐

Prosecuzione della cura

☐

Data firma:

Medico firmatario:

Struttura:

Presidio:

(1) Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

(2) Non oltre 1 anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.