



Azienda  
Unità Sanitaria Locale  
Latina



REGIONE  
LAZIO

Allegato 12

## Modello per la definizione del Piano terapeutico (1)

Paziente

Cognome

Nome

Età

Data di Nascita

sesso

M

F

Codice fiscale

Azienda USL di residenza  
dell'assistito

Diagnosi

### Programma terapeutico

Farmaco prescritto

Nota AIFA

Posologia

Durata prevista del trattamento (2)

Prima prescrizione

Proseguimento della cura

Data

Timbro e firme del medico prescrittore (3)

Timbro del Centro

1. da redigere in triplice copia una da inviare al servizio farmaceutico alle Aziende USL di residenza del paziente a cura del centro prescrittore, una al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta per il tramite dell'assistito, la terza va trattenuta nel centro dove viene compilato il Piano terapeutico. Il P.T. deve essere conservato dagli operatori sanitari per un anno dalla data di stesura.

2. Non oltre un anno . Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.

3. I dati del medico e del Centro di appartenenza devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.