



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**SOC AMBULATORIO DI \_\_\_\_\_**

Redazione di **piano terapeutico** previsto dalle “note A.I.F.A.” del 29 ottobre 2004

**Il piano terapeutico deve essere redatto in triplice copia:**

- 1) una copia deve essere inviata a, cura della SOC o SOS autrice del piano, al Servizio Assistenza Farmaceutica Territoriale - via Vida 10 - 12051 ALBA - Tel. e fax: 0173-599803
- 2) una copia deve essere consegnata al paziente per il medico curante (Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta)
- 3) una copia deve essere tenuta nella cartella clinica del paziente, come documentazione.

**Avvertenze:**

- a) la durata massima del piano terapeutico è di 1 anno, se non diversamente specificato dallo specialista. Pertanto altre diciture, con riferimento improprio alla sua durata (es. per tutta la vita) non sono valide;
- b) si evidenzia come, senza la presenza di questo documento, il medico curante (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta) non può prescrivere il farmaco, mettendo il paziente nell'impossibilità di avere la prescrizione farmaceutica a carico del SSN.
- c) é sempre il medico specialista ad essere responsabile della compilazione del piano terapeutico nonchè della corretta prescrizione farmacologica.

• **Cognome e nome del paziente** \_\_\_\_\_

• codice fiscale \_\_\_\_\_

• indirizzo \_\_\_\_\_

• **Patologia** (diagnosi) per cui viene prescritto il farmaco, con riferimento alla nota AIFA n° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• **Farmaco** \_\_\_\_\_

• **Posologia** \_\_\_\_\_

• **Durata del piano terapeutico** \_\_\_\_\_

**Data di redazione**

**Timbro della SOC o SOS o dell'ambulatorio  
Firma leggibile del medico**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_