

Regione Piemonte
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2
VIA VIDA N. 10
12051 ALBA (CN)
C.F./Partita I.V.A. n.: 02419170044



PIANO TERAPEUTICO PRESCRIZIONE
FARMACI OFF-LABEL

Farmaco prescritto ai sensi della legge 648/96
Farmaco OFF-LABEL presente negli allegati alla legge 648/96 (autorizzati AIFA)
Farmaco OFF-LABEL autorizzato a livello aziendale (Delibera n. 331 del 2 marzo 2009)

DATI PAZIENTE

COGNOME e NOME _____ DATA DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____ COMUNE _____
INDIRIZZO _____ ASL DI RESIDENZA _____

DATI SULLA TERAPIA

DIAGNOSI _____

ICD9-CM _____
Farmaco _____ Dosaggio _____
Posologia _____
Durata prevista del trattamento (validità non superiore all'anno) _____
Prima prescrizione _____ Prosecuzione della cura _____

Il medico prescrittore dichiara di aver acquisito dal paziente il **CONSENSO INFORMATO** relativo al trattamento con il farmaco prescritto e di conservarne copia in cartella clinica.

I farmaci OFF-LABEL vengono distribuiti direttamente dall'ASL, pertanto devono essere ritirati presso:

1. l'Ambulatorio Farmaceutico del P.O. San Lazzaro - Via Pierino Belli, 26 - ALBA
(tel. 0173/316314) - dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 12,45 e dalle 13,30 alle 16,00
2. la Farmacia Ospedaliera - Ospedale S. Spirito - Via Ospedale 4 - BRA
(tel. 0172/420283) - Lunedì e mercoledì dalle 13,00 alle 16,30 e venerdì dalle 9,00 alle 12,30

Fax 0173/594226

Data _____

Timbro e Firma del Medico _____