

	Direzione Sanitaria PIANO TERAPEUTICO	Mod. 0059	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>piano terapeutico</i>	
		Rev. 00	del 05/05/2026

Reparto di: _____

Sig. _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente in _____

ASL _____

Diagnosi _____

Conforme alle disposizioni CUF per prescrizione a carico del SSN, specificare:

- ☐ nota CUF n. _____, ovvero (*)
- ☐ indicazione terapeutica regolarmente autorizzata
- ☐ altre limitazioni prescrittive:

Formulata in data _____ presso _____

PIANO TERAPEUTICO

Prescrizione farmacologia

Farmaco: _____

Dose: _____

Terapia continuativa per mesi: _____

Data della prescrizione

Bra, _____

Il Medico
(timbro e firma)
