

Scheda di prescrizione farmaco biologico a brevetto scaduto non acquisito in DPC

MMG/PLS _____ ASL _____

n. telefono _____ indirizzo mail _____

Paziente _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso **M** **F**

Codice Fiscale _____

Residenza _____

Regione _____

ASL di residenza _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare non acquisito in DPC prescritto _____

Prescrizione specialistica: ☐ SI ☐ NO

Se non si tratta di prescrizione specialistica, indicare:

Motivazione della prescrizione del Farmaco biologico originatore o biosimilare non acquisito in DPC prescritto:

Dosaggio: _____

Indicazione terapeutica: _____

Via di somministrazione: _____

Documentata storia della fragilità del paziente: _____

Altro _____

Durata prevista per il trattamento _____

Prima prescrizione ☐Prosecuzione del trattamento ☐

Data

Firma e timbro del medico prescrittore