

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI CREONIFE 35000 U.PH.EUR CAPSULE

(IN FASCA A/PHT)

Valido per gli assistiti lombardi

Data/...../.....

1° prescrizione

rinnovo (semestrale)

variazione posologia

PAZIENTE:

COGNOME E NOME.....

DATA NASCITA..... COD. FISCALE.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

INDIRIZZO DOMICILIO.....

TELEFONO (1)..... TELEFONO (2).....

Indicazione al trattamento: INSUFFICIENZA PANCREATICA ESOCRINA DOVUTA A

NEOPLASIA PANCREATICA

ALTRA CAUSA:.....

* per fibrosi cistica in distribuzione diretta dalle strutture ospedaliere

POSOLOGIA:

CP/DIE:.....

NUMERO CONFEZIONI:.....

MEDICO PRESCRITTORE

STRUTTURA SANITARIA

UNITA'/REPARTO

RUOLO Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione

Medico specialista in Medicina Interna

Medico specialista in Chirurgia generale

Medico specialista in Gastroenterologia

Medico specialista in Oncologia

Medico specialista in Pediatria

CONTATTI

TELEFONO

FAX.....

EMAIL.....

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI CREONIFE 35000 U.PH.EUR CAPSULE

(IN FASCA A/PHT)

Valido per gli assistiti lombardi

Timbro e firma del Medico Prescrittore

.....