



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: aslc2@legalmail.it – www.aslc2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

SOC / AMBULATORIO DI _____

Note AIFA 2004 (revisione delle note CUF) – (G.U. n. 259 del 04.11.2004 suppl. ordin. n. .162)
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 Farmaceutico Territoriale - via P. Belli 26 Casa della Comunità 12051 ALBA
telefono: 0172.1408896/8987/8415 - indirizzo e-mail: farmterr@aslc2.it
- 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 o regolamentato dalla normativa vigente. 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) è sempre il medico specialista ad essere responsabile della compilazione del piano terapeutico nonché della corretta prescrizione farmacologica.

DATI PAZIENTE

COGNOME e NOME _____

CODICE FISCALE _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ A.S.L. DI RESIDENZA _____

DATI SULLA TERAPIA

DIAGNOSI _____

RIFERIMENTO NOTA AIFA n° _____

Farmaco _____ Dosaggio _____

Posologia _____

Durata prevista del trattamento (validità non superiore all' anno) _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico _____