



PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA
Per la prescrizione della specialità medicinale VEREGEN
(valido per sei settimane)

Centro prescrittore:
Medico proscrittore* (cognome, nome):
Tel. E-mail

Paziente (nome, cognome):
Data di nascita: Sesso: F M
Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito:
Residenza:
ASL di Residenza: Provincia: Regione:
Medico curante:

Indicazione Terapeutica: Trattamento cutaneo dei condilomi peri-anali e dei genitali esterni (condyloma acuminata) in pazienti immunocompetenti a partire dall'età di 18 anni.

Diagnosi: Condilomi peri-anali e dei genitali esterni (condyloma acuminata)
Formulata in data:
Dal centro di Riferimento:

Table with 2 columns: Posologia, Durata di utilizzo. Posologia: Fino a 250 mg di Veregen unguento... Durata di utilizzo: Il trattamento con Veregen deve continuare fino alla scomparsa completa...

Specificare se:

- Inizio terapia
Prosecuzione cura; in tal caso riportare la data di inizio del trattamento:

* La prescrivibilità è riservata allo specialista dermatologo.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

18A03377

