



REGIONE CAMPANIA

MODELLO UNICO DI PRESCRIZIONE SERVIZIO SANITARIO

REGIONE CAMPANIA A.S.L. _____

Codice a barra N. _____

CENTRO PRESCRITTORE (DENOMINAZIONE) _____

CODICE STRUTTURA _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT. _____

CODICE PRESCRITTORE: _____

IN SERVIZIO PRESSO QUESTA UNITÀ OPERATIVA DICHIARA CHE IL PAZIENTE CON CODICE FISCALE:

CODICE FISCALE PAZIENTE _____

A.S.L. _____

DIAGNOSI #1					ICD9			
PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSE	POSOLOGIA	CICLO TERAPEUTICO	FASCIA S.S.N.			
					A	PHT	H	C
					A	PHT	H	C
DESCRIZIONE ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO				CODICE	A CARICO DEL S.S.N.			
					SI	NO		
					SI	NO		
DESCRIZIONE FISIOKINESITERAPIA				CODICE	A CARICO DEL S.S.N.			
					SI	NO		
					SI	NO		

■ ■ ■

DIAGNOSI #N					ICD9			
PRINCIPIO ATTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSE	POSOLOGIA	CICLO TERAPEUTICO	FASCIA S.S.N.			
					A	PHT	H	C
					A	PHT	H	C
DESCRIZIONE ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO				CODICE	A CARICO DEL S.S.N.			
					SI	NO		
					SI	NO		
DESCRIZIONE FISIOKINESITERAPIA				CODICE	A CARICO DEL S.S.N.			
					SI	NO		
					SI	NO		

DATA ____/____/____

TIMBRO E FIRMA
IL MEDICO PRESCRITTORE
con codice

Il parte (obb. Solo per i trattamenti farmacologici) CODICE STRUTTURA

Programma terapeutico

per il trattamento della sua patologia necessita di farmaco

(principio attivo/specialità- forma farmaceutica- via di somministrazione)

Dose giornaliera

Durata ciclo terapeutico (gg.)per (*) max 6 mesi.....

Prima prescrizione

Prosecuzione

TIMBRO E FIRMA
IL MEDICO PRESCRITTORE con codice

I. EROGAZIONE FARMACO: Da compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale (MAX 30GG)				
Data	Farmaco erogato	Quantità in unità	Timbro farmacia	Firma del farmacista
SUCCESSIVE EROGAZIONI FARMACO: Da compilarsi a cura della struttura farmaceutica aziendale				
Data	Farmaco erogato	Quantità in unità	Timbro farmacia	Firma del farmacista

Data

Per Ricevuta (firma paziente)