



REGIONE PIEMONTE - A.S.L. V.C.O.
Sede Legale Via Mazzini, 117 – 28887 OMEGNA (VB)
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

Specialistica Ambulatoriale Ospedaliera e Territoriale

PIANO TERAPEUTICO

(Determinazione 29/10/2004 Agenzia Italiana Farmaco)

AMBULATORIO SPECIALISTICO DI _____

SI CERTIFICA CHE IL SIGNOR/SIGNORA:

COGNOME _____ **NOME** _____

CODICE FISCALE _____

DIAGNOSI _____

NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA:

FARMACO/I _____

POSOLOGIA _____

DURATA DEL TRATTAMENTO _____

Luogo e data, _____

Timbro e firma del medico