



Azienda Sanitaria/Centro di Riferimento Regionale/U.O. _____
 individuato con D.A. 12 Novembre 2001, pubblicato sulla GURS n.60 del 14/12/2001

CERTIFICAZIONE PER L'EROGAZIONE DEI PRESIDI FARMACOLOGICI

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome _____ C.F.: _____

Nat_ a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

AUSL di appartenenza _____

DATI SANITARI

Diagnosi (inserire una breve descrizione clinica della patologia) _____

Codice malattia rara _____

Farmaco/i prescritti	Dosaggio	Posologia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Durata della terapia _____

Data successivo controllo _____

La terapia prescritta è indispensabile e insostituibile.

Il presente certificato viene rilasciato per la fornitura gratuita dei supporti farmacologici da parte del SSN, come previsto dal D.M. 01/7/82 aggiornato con D.M. 18/5/01, n. 279 che regola le malattie rare (art. 5 G.U. n. 160 del 12/7/01 suppl. ord. n. 180/L9 e successive modifiche e ai sensi del D.M. 8 giugno 2001.

Data _____

Timbro e Firma
 del medico prescrittore