



S.I.S. :REGIONE PUGLIA  
ASL: 160113 - BT

SCHEDA DI SEGNALEZIONE DIAGNOSI E PIANO  
TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI TACROLIMUS

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>

Diagnosi	<input type="text"/>
Formulata in data	<input type="text"/>

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Conf. e forma farmac.	3MG 30CPS RM	Posologia	UNA AL GIORNO
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	<input type="text" value="1"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura		
Data Emissione	<input type="text" value="25/03/2019"/>		
Data Termine	<input type="text" value="25/04/2019"/>		