

**PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE per TRATTAMENTI EXTRA-LEA
per paziente affetto da MALATTIA RARA**

COGNOME E NOME ASSISTITO _____

CF ASSISTITO _____ Età _____ Sesso M F

Comune di residenza _____ Provincia _____

Medico curante _____

Diagnosi _____

Codice Esenzione _____ Gruppo MR _____

Medico Specialista _____

Contatto email _____

Contatto telefonico _____

Afferente alla seguente Struttura/U.O. individuata dalla Regione come Centro Riferimento per la malattia rara in oggetto: _____

Sulla base della relazione sulla storia sanitaria del paziente (in allegato) ed in mancanza di strategie terapeutiche alternative efficaci rimborsate (definite da linee guida consolidate) si prescrivono il seguente/i trattamento/i:

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI		
DENOMINAZIONE PRODOTTO	FORMULAZIONE	POSOLOGIA
TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI (alimenti a fini medici speciali, integratori, dispositivi medici...)		
DENOMINAZIONE PRODOTTO	FORMULAZIONE	POSOLOGIA

Con riferimento ai trattamenti sopra indicati:

1. dichiara l'INDISPENSABILITÀ dei trattamenti prescritti
2. esprime parere sfavorevole all'erogazione di trattamenti alternativi in luogo a quelli prescritti

Di seguito, le evidenze scientifiche e/o dati presenti in letteratura e/o esperienze ampiamente condivise a supporto dell'efficacia e della sicurezza del trattamento/i prescritto/i:

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

Tale trattamento viene prescritto sotto la mia responsabilità, pertanto il/la paziente verrà seguito/a periodicamente presso questa struttura per monitorarne l'efficacia e la sicurezza e per il follow-up della malattia.

La prescrizione ha una durata di _____ (max 12 mesi).

Data _____

Timbro e firma del medico specialista
