



Regione Lombardia

**MALATTIE RARE  
SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI**

Numero tessera sanitaria dell'assistito: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

ASL di appartenenza dell'assistito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Regione: \_\_\_\_\_

Medico Curante <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Codice esenzione: \_\_\_\_\_

(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001)

Formulata in data: \_\_\_\_\_

Medico specialista  Dr./Prof. \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

**Programma terapeutico**

Farmaco	Forma farmaceutica	Posologia

Durata prevista del trattamento<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

Prima prescrizione:  Prosecuzione della cura:

Data: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore<sup>(3)</sup>

Timbro del Centro

(1) Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera Scelta

(2) Non oltre 1 anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

(3) I dati identificati del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.

