

**SCHEDA DI TRATTAMENTO**  
**FARMACI INIBITORI DI POMPA PROTONICA**  
**Deroga al limite di rimborsabilità di cui alla L.R. n. 15/2007**

PAZIENTE	_____	_____
	Cognome	nome
ETA' _____	DATA DI NASCITA _____	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CODICE FISCALE _____		
ASL DI APPARTENENZA DELL'ASSISTITO _____	PROVINCIA _____	REGIONE _____

DIAGNOSI _____
FORMULATA IN DATA _____
MEDICO PRESCRITTORE _____
<input type="checkbox"/> MMG
<input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA
STRUTTURA OSPEDALIERA _____
UNITA' OPERATIVA _____
DAY HOSPITAL _____
AMBULATORIO _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO	
FARMACO PRESCRITTO _____	
NOTA AIFA _____	
POSOLOGIA _____	
MOTIVAZIONE DEROGA al limite di rimborsabilità di cui alla L.R. n. 15/2007	
<input type="checkbox"/> POSSIBILE INTERAZIONE CON TERAPIE FARMACOLOGICHE CONCOMITANTI	
<input type="checkbox"/> DIGOSSINA <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTI ORALI <input type="checkbox"/> FENITOINA E CARBAMAZEPINA <input type="checkbox"/> TEOFILLINA <input type="checkbox"/> TACROLIMUS	
<input type="checkbox"/> MANCATA RISPOSTA TERAPEUTICA ALLA TERAPIA CON LANSOPRAZOLO	
PERIODO DI ACCERTAMENTO DAL..... AL.....DOSAGGIO MG/DIE	
DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO _____	
DATA _____	
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO	TIMBRO DELLA STRUTTURA (se il prescrittore è specialista ospedaliero o ambulatoriale)