

Piano Terapeutico

Per la prescrizione dei farmaci inibitori della fosfodiesterasi 5

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____ Età _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

ASL di residenza _____ Medico curante _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco _____

Farmaco prescritto _____

Posologia _____

Durata del trattamento prevista fino al |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (formato giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

Prima prescrizione Prosecuzione cura

Data controllo prevista per: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (formato giorno mese anno)

Sospensione del trattamento:

Motivo della sospensione _____

Data della sospensione |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (formato giorno mese anno)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore