



REGIONE  
TOSCANA

**STRUTTURA DI COORDINAMENTO RETE REGIONALE MALATTIE RARE**  
**GRUPPO .... "....."**

AO ..... STRUTTURA.....

PROF.....

tel.: ..... e-mail: .....

**PRESIDIO DI RETE**

Azienda Sanitaria.....UO .....

dr/prof.....

Tel.....e mail.....

Nome.....Cognome.....

Codice fiscale dell'assistito: .....

Sesso:

A.USL 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 e successive integrazioni)

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

Programma terapeutico

Farmaco	Forma farmaceutica	Posologia

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

Posologia totale: \_\_\_\_\_

Prima prescrizione:

Prosecuzione della cura:

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

Firma del responsabile