

**Piano Terapeutico
per la prescrizione Hemangiol**
(da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura XXXXXXXX)

Informazioni generali/anagrafiche

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data nascita _____ Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Regione _____ Indirizzo _____

Tel. _____ AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Dati cliniciPeso (kg) _____ Altezza (cm) _____ SC m² _____ Età (anni, mesi) _____Riscontro anamnestico di malattia connettivale materna? Sì ☐ No ☐Frequenza cardiaca a riposo nei limiti della norma per l'età? Sì ☐ No ☐Pressione arteriosa (rilevata almeno sui due arti superiori) nei limiti per l'età? Sì ☐ No ☐Sospetto di possibile cardiopatia (polso periferici, saturazione sistemica, obiettività toracica)? Sì ☐ No ☐Rischio ipoglicemico o di reazione broncospastica importante? Sì ☐ No ☐Emangioma potenzialmente pericoloso per la vita/con evidente rischio di ulcerazione/ con limitazione funzionale/con evidente rischio di danno estetico permanente: Sì ☐ No ☐Reazioni avverse? Sì ☐ (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) No ☐

Prima prescrizione ☐		Prosecuzione terapia: <i>con modifiche</i> ☐ <i>senza modifiche</i> ☐	
Principio attivo	Posologia/regime terapeutico		

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

