

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

<i>Informazioni generali/anagrafiche</i>	
Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa del medico prescrittore _____	
Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel _____	
Paziente (nome e cognome) _____	
Data nascita _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice Fiscale _____	
Regione _____ Indirizzo _____	
Tel. _____ AUSL di residenza _____ Medico curante _____	
<i>Dati clinici</i>	
Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____ SC m ² _____ Età (anni, mesi) _____	
Riscontro anamnestico di malattia connettivale materna? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Frequenza cardiaca a riposo nei limiti della norma per l'età? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pressione arteriosa (rilevata almeno sui due arti superiori) nei limiti per l'età? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sospetto di possibile cardiopatia (polso periferici, saturazione sistemica, obiettività toracica)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Rischio ipoglicemico o di reazione broncospastica importante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Emangioma potenzialmente pericoloso per la vita/con evidente rischio di ulcerazione/ con limitazione funzionale/con evidente rischio di danno estetico permanente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Reazioni avverse? Si <input type="checkbox"/> (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) No <input type="checkbox"/>	

<i>Prima prescrizione</i> <input type="checkbox"/>		<i>Prosecuzione terapia:</i>	
		con modifiche <input type="checkbox"/>	
		senza modifiche <input type="checkbox"/>	
Principio attivo	Posologia/regime terapeutico		

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

