

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DEI MEDICINALI SOGGETTI
A NOTA AIFA 95

Azienda Sanitaria/ _____
Unità Operativa _____
Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M
Cod. Fiscale _____ Data di nascita _____
Indirizzo _____ Tel _____
ASP di residenza _____ Prov _____ Regione _____

La prescrizione è a carico del SSR per la cheratosi attinica limitata ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero ≥ 6 .

localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto
 diclofenac 3% in ialuronato di sodio¹ imiquimod 3.75% 5-fluorouracile/acido salicilico²

localizzazioni al tronco e/o alle estremità
 diclofenac 3% in ialuronato di sodio¹

¹ non devono essere applicati più di 8 grammi al giorno
² esclusivamente per lesioni di grado I/II localizzate al viso e/o cuoio capelluto calvo

Specialità medicinale prescritta _____
Posologia _____
Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____
Annotazioni _____
Data successivo controllo _____
Data _____ Timbro e firma in originale del Medico prescrittore
Durata _____

Il Piano Terapeutico, ai fini della prescrizione a carico del SSN, deve essere redatto dagli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata