Allegato “6”

(Intestazione del centro)

individuato con D.G. della Regione Puglia n°1591 d el 31 luglio 2012 e ss..mm.ii.

**MALATTIE RARE – PIANO DIETOTERAPICO**

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | Età: __ anni Sesso: ❑M ❑F

ASL di appartenenza dell’assistito: _____ Provincia: _____

Regione: _____

Medico Curante (MMG o PLS) : _____

Diagnosi: _____

_____

Codice esenzione: | R | | | | | | (allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001 e ss.mm.ii.)

Formulata in data: _____ dal Dr./Prof. _____

**Piano Dietoterapico indispensabile per il trattamento e la prevenzione di ulteriori aggravamenti**

| Prodotto | Ditte farmaceutiche | Quantità giornaliera | Quantità mensile | N° confezioni mensili |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Durata prevista del piano (non oltre un anno): _____

Luogo ....., data ...../...../.....

**Timbro con n°regionale e firma del Medico**

Rilasciata in triplice copia di cui una per il paziente, una per il medico curante (Medico di Medicina di Base o Pediatra di Libera Scelta) ed da consegnare al proprio Distretto Socio Sanitario. “A.Ma.R.A.M.” – “Associazione Malattie Rare dell’Alta Murgia Onlus”