



Elenco della documentazione sanitaria allegata dimostrativa di quanto sopra, compresa l'indicazione delle consulenze specialistiche rese da Strutture Pubbliche:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**\*PIANO TERAPEUTICO DI TRATTAMENTO**

Specificare la terapia di assistenza - **che deve presentare, per la condizione clinica in questione, evidenze scientifiche di uno specifico beneficio in termini di salute** - riportando per ogni farmaco/integratore il principio attivo e la posologia.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**\* Se RINNOVO**

Specificare le motivazioni a sostegno del rinnovo documentando il beneficio terapeutico ottenuto con il trattamento autorizzato e della non possibilità di altre terapie erogabili dal SSN; specificare anche se è prevista la continuità del trattamento.

---

---

---

---

Dichiaro inoltre di aver informato il paziente ed averne acquisito il consenso (*obbligatorio in caso di specialità medicinale impiegata al di fuori delle indicazioni di registrazione*)

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\* Timbro e Firma del Medico Curante

**\*Campo Obbligatorio**