

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

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 clinici

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____ SC m² _____ Età (anni, mesi) _____

Riscontro anamnestico di malattia connettivale materna? Si No

Frequenza cardiaca a riposo nei limiti della norma per l'età? Si No

Pressione arteriosa (rilevata almeno sui due arti superiori) nei limiti per l'età? Si No

Sospetto di possibile cardiopatia (polso periferico, saturazione sistemica, obiettività toracica)? Si No

Rischio ipoglicemico o di reazione broncospastica importante? Si No

Emangioma potenzialmente pericoloso per la vita/con evidente rischio di ulcerazione/ con limitazione funzionale/con evidente rischio di danno estetico permanente: Si No

Reazioni avverse? Si (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) No

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

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico prescrittore