



REGIONE PUGLIA

SCHEDA DI MONITORAGGIO PRESCRIZIONE

Acei / Sartani a brevetto non scaduto

N. Protocollo Distretto _____

Centro Prescrittore _____

Medico (Cognome e Nome) _____

Paziente (Cognome e Nome) _____

Codice Fiscale Paziente _____

Farmaco Proposto _____

Posologia _____

Durata Trattamento _____

Motivazione Scelta Terapeutica:

Data _____

(timbro e firma del medico)