



## Scheda regionale per la prescrizione di enoxaparina branded

**Struttura Sanitaria**

\_\_\_\_\_

Timbro centro prescrittore

### Anagrafica paziente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicilio \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Regione di Residenza dell'assistito \_\_\_\_\_ Azienda Usl \_\_\_\_\_

### Diagnosi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto:

\_\_\_\_\_

**Prima prescrizione**

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prosecuzione trattamento**

Motivazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Durata prevista del trattamento** \_\_\_\_\_

Struttura prescrittrice \_\_\_\_\_

Firma leggibile e timbro  
Del medico prescrittore

Data \_\_\_\_\_