

**SCHEDA DI TRATTAMENTO**  
**FARMACI INIBITORI DI POMPA PROTONICA**  
**Deroga al limite di rimborsabilità di cui alla L.R. n. 15/2007**

**PAZIENTE** -----  
Cognome ----- nome -----  
ETA' ----- DATA DI NASCITA ----- SESSO  M  F  
CODICE FISCALE -----  
ASL DI APPARTENENZA DELL'ASSISTITO ----- PROVINCIA ----- REGIONE -----

**DIAGNOSI** -----  
FORMULATA IN DATA -----  
MEDICO PRESCRITTORE -----  
 MMG  
 MEDICO SPECIALISTA  
STRUTTURA OSPEDALIERA -----  
UNITA' OPERATIVA -----  
DAY HOSPITAL -----  
AMBULATORIO -----

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**  
FARMACO PRESCRITTO -----  
NOTA AIFA -----  
POSOLOGIA -----  
**MOTIVAZIONE DEROGA al limite di rimborsabilità di cui alla L.R. n. 15/2007**  
 POSSIBILE INTERAZIONE CON TERAPIE FARMACOLOGICHE CONCOMITANTI  
 DIGOSSINA  ANTICOAGULANTI ORALI  FENITOINA E CARBAMAZEPINA  TEOFILLINA  TACROLIMUS  
 MANCATA RISPOSTA TERAPEUTICA ALLA TERAPIA CON LANSOPRAZOLO  
PERIODO DI ACCERTAMENTO DAL..... AL.....DOSAGGIO MG/DIE  
DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO -----  
DATA -----  
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO  
TIMBRO DELLA STRUTTURA  
(se il prescrittore è specialista ospedaliero o ambulatoriale)