

## Piano Terapeutico per la prescrizione Hemangioli

(da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura XXXXXXXX)

### 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) \_\_\_\_\_ SCm<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Età (anni, mesi) \_\_\_\_\_

Riscontro Anamnestico di malattia connettivale materna? Sì  No

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

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

Sospetto di possibile cardiopatia (polso periferici, saturazione sistemica, obiettività toracica)? Sì  No

Rischio ipoglicemico o di reazione broncospastica importante? Sì  No

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

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

Prima prescrizione

Prosecuzione terapia

con modifiche

senza modifiche

| Principio attivo | Posologia/regime terapeutico |  |
|------------------|------------------------------|--|
|                  |                              |  |
|                  |                              |  |
|                  |                              |  |

Data Valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore