

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI CREONIFE 35000
U.PH.EUR CAPSULE IN FASCIA A-PHT

Azienda Sanitaria/ _____	
Unità Operativa _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____	Data di nascita _____
Indirizzo _____	Tel _____
ASP di residenza _____	Prov _____ Regione _____

La prescrizione è a carico del SSR come terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta a:

- fibrosi cistica
- altre condizioni (p. es. pancreatite cronica, pancreatemia o cancro pancreatico)

Posologia _____

Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____

Annotazioni _____

Data successivo controllo __/__/__

Data __/__/__

Timbro e firma in originale del Medico prescrittore

Durata (max 6 mesi) _____

- **Per l'indicazione:** terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta ad altre condizioni (p. es. pancreatite cronica, pancreatemia o cancro pancreatico), la prescrizione è limitata alle **UU.OO. di Oncologia, Gastroenterologia, Medicina Interna delle Aziende Sanitarie e delle Case di Cura private convenzionate.**
- **Per l'indicazione:** terapia sostitutiva con enzimi pancreatici per l'insufficienza pancreatica esocrina dovuta a fibrosi cistica la prescrizione è limitata ai **Centri regionali di riferimento specializzati sulla fibrosi cistica ex art. 1 co. 3 l.n. 548/1993.**