Allegato B

Assistenza a favore di pazienti affetti da particolari patologie – Delibera G.R. 493/01

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL MEDICO CURANTE

AL DIRETTORE ZONA-DISTRETTO

.....

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Sig./ra _____ data di nascita _____

indirizzo _____

Diagnosi _____

_____

(specificare la patologia per la quale viene richiesto il trattamento)

RELAZIONE SULLA STORIA SANITARIA DEL PAZIENTE

Dalla quale risulti che sono state espletate le procedure terapeutiche appropriate definite da linee guida consolidate ed è stata altresì dimostrata l'inefficacia delle procedure standard.

Elenco della documentazione sanitaria allegata dimostrativa di quanto sopra, compresa l'indicazione delle consulenze specialistiche rese da strutture pubbliche

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

PIANO TERAPEUTICO DI TRATTAMENTO

Specificare la tipologia di assistenza (che deve presentare, per le specifiche condizioni cliniche e di rischio, evidenze scientifiche di uno specifico beneficio in termini di salute) e il relativo piano terapeutico proposto.