



**Allegato C al Decreto n. 65 del 7 giugno 2017**

**PIANO DI CURA  
della RETE DEI CENTRI PRESCRITTORI DI FARMACI ONCOEMATOLOGICI**

**Richiesta inizio trattamento nuovo paziente**

**Nome Farmaco (Specialità medicinale e nome del principio attivo)**

**Indicazione AIFA**

Luogo/Data: \_\_\_\_\_

1.	<b>Centro Prescrittore (Centro periferico di III livello):</b>	
2.	<b>Centro di riferimento:</b>	
3.	<b>Iniziale Paziente:</b>	
4.	<b>Data di Nascita:</b>	
5.	<b>Diagnosi</b>	

--	--	--

<u>EVENTUALI NOTE AGGIUNTIVE:</u>	

6.	<b>Valutazione Centro HUB: Eleggibile</b>	
7.	<b>Valutazione Centro HUB: Non Eleggibile</b> <i>Motivazioni</i>	

<u>Note del Centro HUB:</u>	

**Il Centro Prescrittore (Centro periferico di III livello), nella figura professionale del Dott./Prof. \_\_\_\_\_ si assume la responsabilità in merito alla veridicità delle informazioni indicate, e garantisce la condivisione con il paziente del trattamento proposto.**

Note:

- Inserimento in registro AIFA, se previsto, (schede di eleggibilità e successive) da effettuarsi da parte del centro prescrittore (Centro periferico di III livello).

Timbro/ firma del medico richiedente

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro/ firma del Responsabile  
del Centro di Riferimento

\_\_\_\_\_