

**ALLEGATO 3**
**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
Colecalciferolo uso orale in pazienti adulti**

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

 Età _____ Sesso M F

Regione di appartenenza dell'Assistito _____ ASL _____ Distretto _____

• Prevenzione della carenza di vitamina D:

- Gravidanza, allattamento
- Trattamento con anticonvulsivanti
- Trattamento con terapie corticosteroidi a lungo termine
- Altre condizioni cliniche documentate: _____

 Trattamento della carenza di vitamina D:

Indagine di laboratorio: valore _____ data: _____

 Osteoporosi: solo se associato a farmaci nota 79

Farmaco associato: _____

PIANO TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA

 Durata prevista del trattamento¹ _____

- Primo ciclo di terapia Prosecuzione terapia

Medico Prescrittore Dr / Prof _____

Tel. _____ Data _____

 Firma e timbro del medico prescrittore²

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 12 mesi

2. I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni