

ALLEGATO 1


 SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
Olmesartan + Amlodipina (associazione fissa)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

 Età _____ Sesso M F

Regione di appartenenza dell' Assistito _____ ASL _____ Distretto _____

Diagnosi formulata in data: _____

Trattamento dell'ipertensione arteriosa essenziale in pazienti adulti la cui pressione arteriosa non sia adeguatamente controllata da olmesartan o amlodipina in monoterapia

 Paziente che assume 6 o più principi attivi al giorno in maniera continuativa

 Paziente anziano, età \geq 80

 Eccezioni Clinicamente Motivate: _____

PIANO TERAPEUTICO

FARMACO

POSOLOGIA

n. _____ compressa al giorno

 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