**Allegato B**

**PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA**

| | |
|---|---|
| **PAZIENTE** | |
| Iniziali di cognome e nome | |
| Data di nascita | |
| Codice fiscale | |
| Sesso | M ☐ F ☐ |
| Eta' | Anni mesi |
| Indirizzo | |
| Citta' – CAP - Provincia | |
| Regione | |
| ASL di residenza | |
| Medico curante | |
| **DIAGNOSI (in accordo con i criteri della Nota AIFA 39)** | ☐ Bassa statura da deficit di GH ☐ isolato ☐ in ipopituitar.<br>☐ S. di Turner citogeneticamente dimostrata<br>☐ Deficit staturale nell'insufficienza renale cronica<br>☐ S. di Prader-Willi in soggetti prepuberi<br>☐ Alterata funzione del gene SHOX<br>☐ Bambino piccolo per eta' gestazionale (SGA)<br>☐ Autorizz. Commissione Regionale Toscana in data …… |
| Formulata | Data …….. Medico ……..<br>Ospedale …….. Struttura ……..<br>Sede …….. Regione ……... |
| **CENTRO PRESCRITTORE** | |
| Medico specialista | Dr. |
| Ospedale/Universita' | …….. Struttura<br>Indirizzo<br>Citta' CAP Provincia Regione<br>Tel. Fax e-mail |
| **PIANO TERAPEUTICO** | |
| Farmaco | |
| Posologia | |
| Durata del trattamento * | |
| | Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura ☐ |
| **NOTE** | |

**Data …….**

**Timbro e firma del medico prescrittore ……...**

**Timbro e firma del responsabile del Centro Prescrittore ……**

**Da redigere in triplice copia: inviare una copia al medico che ha in carico l'assistito ed una al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza.**
**La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.**
***Durata massima del piano terapeutico: 6 mesi (fino a 1 anno per deficit di GH nell'eta' adulta)**