



Regione Lombardia

**MALATTIE RARE
SCHEMA PER LA STESURA DEL
PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

Cognome.....Nome.....

Numero tessera sanitaria dell'assistito (C.F.): _____

Età: _____ Sesso M F

ASL di appartenenza dell'assistito: _____ Regione: _____

Diagnosi: _____

Codice esenzione: _____

(allegato n. 1 al Decreto n. 279 del 18 Maggio 2001)

Formulata in data: _____

Medico specialista Dr./Prof. _____

Centro: _____

Progetto Riabilitativo individuale (in riferimento alla D.G.R. VIII/3111, modificata dalla D.G.R. VIII/7292)

Durata prevista del trattamento⁽¹⁾: _____

Prima prescrizione: Prosecuzione della cura:

Data: _____

Timbro, codice e firma del medico prescrittore⁽²⁾ Timbro e codice HSP del Presidio Rete Malattie Rare

1 Non oltre 1 anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

2 I dati identificati del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.