



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 trattamento<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

- Primo ciclo di terapia       Proseguimento terapia

Medico Prescrittore Dr / Prof \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico prescrittore<sup>2</sup>

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 12 mesi

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