

ATS/A.S.L. _____ - DIVISIONE DI : _____

REFERTO EMATOLOGICO

Si attesta che il/la sig./ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____

residente in _____ Via _____ n° _____

risulta affetto/a da _____ patologia prevista ai sensi della L.R. n° 27/1983 e successive modificazioni.

La malattia è stata diagnosticata in data _____, come da certificazione diagnostica a parte.

Il trattamento è iniziato in data _____ ed è tuttora in corso, per cui il paziente deve periodicamente presentarsi per l'effettuazione delle terapie e/o esami connessi allo specifico status morbosus ed è stato interrotto in data _____, peraltro il paziente, data la possibilità di ricadute e di conseguenze della malattia e della terapia praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.

Il trattamento non è stato ancora ritenuto necessario.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____ lì _____

IL DIRIGENTE MEDICO
