

<b>Codice Paziente</b>	<b>Centro</b>	<b>Iniz. Paz.</b>	<b>Data Registrazione</b>	<b>Data di Nascita</b>
_____	_____	_____	_____	_____

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

Gravidanza della paziente o della partner del paziente maschio : **Sì** (COMPILARE SCHEDA FINE TRATTAMENTO)  
**No**

**PARTNER FEMMINILE DI UN PAZIENTE MASCHIO**

Cognome:*	_____
(Inserire le prime 3 lettere)	
Nome:*	_____
(Inserire le prime 3 lettere)	
Età:*	_____
Data di nascita:*	____/____/____ (gg/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma

**NOTA BENE:** La compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.