

## STOP - FINE TRATTAMENTO

(inviare per fax 091 814 44 46 o [umc@hsn.ti.ch](mailto:umc@hsn.ti.ch))

### DATI DEL PAZIENTE

---

Nome, Cognome .....

Via .....

CAP, Località .....

Data di nascita .....

### MEDICO PRESCRITTORE

---

Nome, Cognome .....

### INFORMAZIONE SULLA FINE DEL TRATTAMENTO

---

Data di fine trattamento (ultima dose fornita)          
g g m m a a a a

#### Tipo di fine trattamento

- guarito                       cambio medico                       cambio di domicilio
- ospedalizzazione    carcerazione                       perso di vista (da 2 settimane)
- rottura esplicita/esclusione                       decesso

Proseguimento del trattamento di sostituzione presso un altro medico prescrittore?

- sì, indicare il medico                       no                       non noto

Nome, Cognome .....

CAP, Località .....

### OSSERVAZIONI/COMMENTI

---

.....  
.....  
.....

Luogo e data

Firma del medico

.....

.....

Si prega di inviare copia del presente documento anche al Dispensatore