

## STOP - FINE TRATTAMENTO

(inviare per fax 091 814 4446 o dss-umc@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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g	g	m	m	a	a	a	a

#### Tipo di fine trattamento

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> guarito                      | <input type="checkbox"/> cambio medico | <input type="checkbox"/> cambio di domicilio             |
| <input type="checkbox"/> ospedalizzazione             | <input type="checkbox"/> carcerazione  | <input type="checkbox"/> perso di vista (da 2 settimane) |
| <input type="checkbox"/> rottura esplicita/esclusione | <input type="checkbox"/> 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

.....

.....