

START - CONTRATTO TERAPEUTICO

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

DATI DEL PAZIENTE

Nome

Cognome

Cognome da nubile

Via

CAP, Località

Data di nascita

Sesso maschile femminile

Prima nazionalità

Seconda nazionalità

Attinenza

Stato civile celibe/nubile sposato/a separato/a divorziato/a

vedovo/a unione domestica registrata non noto

INIZIO DELLA CURA

Data inizio cura

g g m m a a a a

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

Firmando questo contratto terapeutico, lei

- 1) attesta di avere compreso le regole della cura e si impegna a:
 - seguire le indicazioni del medico curante;
 - non assumere farmaci non prescritti dal medico curante oppure senza informarlo;
 - non abusare di alcol, non assumere droghe;
 - non vendere o passare i farmaci prescritti a terzi;
 - comunicare subito ai curanti l'intenzione di interrompere la cura;
- 2) è a conoscenza del fatto che iniettarsi pastiglie di metadone sciolte comporta pericolo di vita;
- 3) autorizza i firmatari attuali e precedenti del contratto a comunicarsi informazioni coperte dal segreto medico per migliorare la presa a carico e l'esito della cura;
- 4) accetta fin d'ora che la cura possa essere immediatamente interrotta in caso di violazione di queste regole;
- 5) è a conoscenza che il Medico cantonale può ottenere informazioni relative all'andamento della cura e al suo stato di salute.

START - CONTRATTO TERAPEUTICO

<p>Medico curante <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome Cognome Via CAP/Località Tel. Fax E-mail Firma</p>	<p>Farmacia <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome Responsabile Via CAP/Località Tel. Fax E-mail Firma</p>
<p>Istituzione <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome Responsabile Via CAP/Località Tel. Fax E-mail Firma</p>	<p>Istituzione <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome Responsabile Via CAP/Località Tel. Fax E-mail Firma</p>

Si tratta di un nuovo contratto per cambio di dispensatore (farmacia o istituzione).

I dati richiesti nel presente questionario sono rigorosamente confidenziali e posti sotto la protezione del segreto medico. Gli stessi dati sono raccolti secondo l'art. 7 del Regolamento concernente il trattamento ambulatoriale di tossicomani con metadone. Il loro utilizzo avviene in forma anonima per fini scientifici.

Attesto di aver letto le informazioni per il paziente e attesto di averle capite.

Luogo e data

Firma del/la paziente

.....

.....

START - RACCOLTA DATI

TRATTAMENTO

Si tratta del primo trattamento di sostituzione nella vita del/la paziente?

sì, vedi **A** no, vedi **B** non noto

A) Nel corso della vita del/la paziente c'è già stato un altro tipo di presa a carico professionale per dei problemi di dipendenza?

sì no non noto

B) L'attuale trattamento fa seguito a un trattamento di sostituzione iniziato altrove?

sì, senza interruzione. Indicare la data di inizio del trattamento precedente

no, la persona non si trovava più sotto sostituzione

FARMACO SOSTITUTIVO

Tipo

metadone (p. es. Metadone Streuli®, Ketalgin®)

levometadone (p. es. L-Polamidon®)

buprenorfina (p. es. Temgesic®, Subutex®)

morfina a rilascio ritardato (p. es. Kepanol®, Sevre-Long®, MST®)

altro

ossicodone (p. es. Oxycontin®, Oxycodon Sandoz®)

Forma galenica

soluzione orale

compresse

capsule

soluzione iniettabile

altro

Dose giornaliera (mg/giorno)

FORNITURA

Fornitura del prodotto a una terza persona (nel caso in cui il prodotto non fosse fornito direttamente al/alla paziente)

no sì, indicare i dati della persona

Nome e Cognome.....

Via

CAP, Località.....

MEDICAMENTI SUPPLEMENTARI (GRUPPI TERAPEUTICI)

nessuno

Sostanza psicotropa	Nome preciso del prodotto	Dose giornaliera (mg)
Benzodiazepine a breve durata d'azione		
Benzodiazepine a lunga durata d'azione		
Altri tranquillanti/sonniferi/sedativi		
Analgesici oppiacei		
Psicostimolanti		

Altri farmaci

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> neurolettici | <input type="checkbox"/> antidepressivi | <input type="checkbox"/> antiepilettici |
| <input type="checkbox"/> trattamento HIV | <input type="checkbox"/> trattamento delle epatiti | <input type="checkbox"/> analgesici non oppiacei |
| <input type="checkbox"/> antabus | <input type="checkbox"/> contraccettivi | <input type="checkbox"/> altro |

ASPETTI LEGATI AL PROBLEMA

Consumo di eroina (ultimi 30 giorni)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> nessun consumo | <input type="checkbox"/> iniezione | <input type="checkbox"/> fumo/inalazione |
| <input type="checkbox"/> per via orale | <input type="checkbox"/> per via nasale (sniffare) | <input type="checkbox"/> non noto |

Età del primo consumo di eroina

Altre sostanze a rischio di dipendenza (uso problematico/frequente, ultimi 30 giorni)

- | | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> nessuna | <input type="checkbox"/> alcol | <input type="checkbox"/> cocaina e derivati | <input type="checkbox"/> altri stimolanti |
| <input type="checkbox"/> canapa | <input type="checkbox"/> sonniferi/tranquillanti | <input type="checkbox"/> non noto | <input type="checkbox"/> altro |

Consumo via iniezione

Nel corso della vita del/la paziente è già stata consumata un'altra sostanza illegale per iniezione?

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> non noto | <input type="checkbox"/> sì (vedi a, b, c) | a) <input type="checkbox"/> non negli ultimi 12 mesi |
| | | | b) <input type="checkbox"/> negli ultimi 12 mesi |
| | | | c) <input type="checkbox"/> negli ultimi 30 giorni |

Età della prima iniezione

È già stata iniettata una sostanza illegale con una siringa/ago condivisa/o con un'altra persona?

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> non noto | <input type="checkbox"/> sì (vedi a, b, c) | a) <input type="checkbox"/> non negli ultimi 12 mesi |
| | | | b) <input type="checkbox"/> negli ultimi 12 mesi |
| | | | c) <input type="checkbox"/> negli ultimi 30 giorni |

SALUTE

È già stato fatto un test di rilevamento per il virus dell'HIV nel corso della vita?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> no, mai | <input type="checkbox"/> sì, ultimo test nel corso degli ultimi 12 mesi |
| <input type="checkbox"/> non noto | <input type="checkbox"/> sì, ultimo test più di 12 mesi fa |

Situazione somatica HIV

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> test positivo per la prima volta più di 12 mesi fa | <input type="checkbox"/> test HIV negativo |
| <input type="checkbox"/> test positivo per la prima volta nel corso degli ultimi 12 mesi | <input type="checkbox"/> non noto |

OSSERVAZIONI/COMMENTI

.....

.....

.....