

NOTIFICA DI INIZIO e FINE CURA SOSTITUTIVA

Penitenziario cantonale “La Stampa”

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

❖ START CURA:

g g m m a a a a

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

no, la persona non si trovava più sotto sostituzione

FARMACO SOSTITUTIVO – Tipo:

metadone (Metadone Streuli®, Ketalgin®) morfina a rilascio ritardato (Kepanol®, Sevre-Long®, MST®)

buprenorfina (Temgesic®, Subutex®) ossicodone (Oxycontin®, Oxycodon Sandoz®)

Forma galenica

soluzione orale compresse capsule soluzione iniettabile altro

Dose giornaliera (mg/giorno)

❖ STOP CURA:

g g m m a a a a

Motivo

Timbro e firma del medico responsabile delle carceri

Firma del paziente

.....

.....

Data

Con la firma, il paziente vi autorizza a trasmettere al medico curante (e per esso alla farmacia), la presente notifica.