

## 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.**