Appellativo

Nome Cognome

Via N.

CH NPA Località

Luogo, data

**Controllo intermedio del decorso della terapia antitubercolare di**

**Cognome Nome, nato/a il: data di nascita, Via N., NPA Località**

Gentile signora … ((Appellativo Cognome))

Egregio signor … ((Appellativo Cognome))

Su mandato del medico cantonale, la Lega polmonare effettua, ad intervalli regolari, dei controlli sulla terapia. I risultati vengono poi comunicati al medico cantonale.

|  |  |
| --- | --- |
| Data d’inizio della terapia:  |   |
| Il/la paziente è ancora sotto trattamento presso di lei?  | [ ]  Sì [ ]  No |
| Se no: chi lo/l’ha in cura adesso?  |   |
| L’assunzione dei farmaci è garantita?  | [ ]  Sì [ ]  No |
| Data dell’ultima consultazione:  |   |

Rinvii p. f. il formulario, debitamente compilato
e utilizzando la busta per la risposta allegata,
all’indirizzo sotto riportato.

Data:

Timbro/Firma:

La ringraziamo per la sua collaborazione.

Cordiali saluti

LEGA POLMONARE …

Nome Cognome

Servizio competente tubercolosi