**DOT: tabella di monitoraggio dell'assunzione dei farmaci sotto controllo diretto (DOT) per il trattamento della tubercolosi**

Alla fine del mese o in caso di trasferimento, rinviare p. f. questo formulario alla Lega polmonare cantonale di ……

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome, nome : |  | Data di nascita: |  |
| Inizio della terapia: |  |
| Medico  |  | Indirizzo:  |
|  |  | Telefono:  |
|  |
| **Farmaci** | **Data** | **Dose** | **Mattina** | **Mezzogiorno** | **Sera** | **Data dello stop** |
|    |   |   | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| **Farmaci somministrati nel mese di ….** |    |
| **Data** | **Farmaci somministrati, visto** | **Stato di salute / Aspetti particolari** | **Data** | **Farmaci somministrati, visto** | **Stato di salute/ Aspetti particolari** |
| 1. |    |  | 16. |  |  |
| 2. |  |  | 17. |  |  |
| 3. |  |  | 18. |  |  |
| 4. |  |  | 19. |  |  |
| 5. |  |  | 20. |  |  |
| 6. |  |  | 21. |  |  |
| 7. |  |  | 22. |  |  |
| 8. |  |  | 23. |  |  |
| 9. |  |  | 24. |  |  |
| 10. |  |  | 25. |  |  |
| 11. |  |  | 26. |  |  |
| 12. |  |  | 27. |  |  |
| 13. |  |  | 28. |  |  |
| 14. |  |  | 29. |  |  |
| 15. |  |  | 30. |  |  |
|  |  |  | 31. |  |  |