Organizzazione incaricata della DOT

Luogo, data

**Mandato per un’assunzione dei farmaci sotto controllo diretto (DOT) per il trattamento di una tubercolosi riguardante:**

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

Gentili signore ed egregi signori

Come vi abbiamo comunicato telefonicamente, il Servizio competente tubercolosi della Lega polmonare … lavora su mandato del Dipartimento della salute del Canton ….

Con la presente vi confermiamo il mandato per l’assunzione della somministrazione dei farmaci sotto controllo diretto (DOT) di Cognome Nome*.*

Vi ringraziamo per il vostro consenso.

Cognome Nome deve assumere i farmaci antitubercolari sotto il vostro controllo conformemente alla prescrizione medica allegata. La DOT dura dal ……. al ….. Vi preghiamo di vistare, ad assunzione avvenuta, i formulari di monitoraggio allegati e di rinviarceli alla fine di ogni mese.

Se dovessero insorgere dei problemi o Cognome Nome non si presentasse per assumere i farmaci, vi preghiamo di informarci immediatamente.

In caso di ulteriori domande, non esitate a contattarci.

Cordiali saluti

LEGA POLMONARE …

Nome Cognome

Servizio competente tubercolosi

Allegati:

Ricetta

Tabelle di monitoraggio

Buste per le risposte

Prescrizione DOT