

Terapia con agonisti oppioidi (TAO)

Informazione farmacia – studio medico

Inizio della terapia

Farmacia (timbro)

Registrato su www.substitution-online.ch

sì:

no:

Terapia con agonisti oppioidi

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

1. Informazioni concernenti la/il paziente

Problema (sostanze, durata della dipendenza):

Informazioni importanti concernenti la medicazione:

(Se non tutti i medicinali di accompagnamento sono dispensati dalla farmacia che si occupa della somministrazione, allegare una lista dei trattamenti concomitanti che sono stati prescritti).

Situazione personale:

la/il paziente vive:

sola/o

con una/un partner o con parenti

con bambini

senza domicilio fisso

Occupazione o formazione:

impiegata/o

senza lavoro

in formazione

Altre informazioni:

2. Persone di riferimento

Funzione	Indirizzo	Telefono (ev. n. tel. per casi urgenti)

3. Trattamento

Inizio (data):

Agonista:

dose giornaliera (mg) :

Dose somministrata sotto sorveglianza:

volte / settimana

Giorni di somministrazione (se definiti):

Dose consegnata:

volte / settimana

Giorni di consegna (se definiti):

Informazioni supplementari in caso di modifiche/deroghe:

4. Altro

(Raccomandazioni in caso di problemi, ad es. se la/il paziente chiede dosi sostitutive, ecc.)

Luogo e data: **Firma:**