

## START - CONTRATTO TERAPEUTICO

(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  celibe/nubile  sposato/a  separato/a  divorziato/a

vedovo/a  unione domestica registrata  non noto

### INIZIO DELLA CURA

---

Data inizio cura

g g m m a a a a

### INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

---

Firmando questo contratto terapeutico, lei

- 1) attesta di avere compreso le regole della cura e si impegna a:
  - seguire le indicazioni del medico curante;
  - non assumere farmaci non prescritti dal medico curante oppure senza informarlo;
  - non abusare di alcol, non assumere droghe;
  - non vendere o passare i farmaci prescritti a terzi;
  - comunicare subito ai curanti l'intenzione di interrompere la cura;
- 2) è a conoscenza del fatto che iniettarsi pastiglie di metadone sciolte comporta pericolo di vita;
- 3) autorizza i firmatari attuali e precedenti del contratto a comunicarsi informazioni coperte dal segreto medico per migliorare la presa a carico e l'esito della cura;
- 4) accetta fin d'ora che la cura possa essere immediatamente interrotta in caso di violazione di queste regole;
- 5) è a conoscenza che il Medico cantonale può ottenere informazioni relative all'andamento della cura e al suo stato di salute.

## START - CONTRATTO TERAPEUTICO

<p><b>Medico curante</b> <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome</p> <p>Cognome</p> <p>Via</p> <p>CAP/Località</p> <p>Tel.</p> <p>Fax</p> <p>E-mail</p> <p><b>Firma</b></p>	<p><b>Farmacia</b> <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome</p> <p>Responsabile</p> <p>Via</p> <p>CAP/Località</p> <p>Tel.</p> <p>Fax</p> <p>E-mail</p> <p><b>Firma</b></p>
<p><b>Istituzione</b> <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome</p> <p>Responsabile</p> <p>Via</p> <p>CAP/Località</p> <p>Tel.</p> <p>Fax</p> <p>E-mail</p> <p><b>Firma</b></p>	<p><b>Istituzione</b> <input type="checkbox"/> dispensatore</p> <p>Nome</p> <p>Responsabile</p> <p>Via</p> <p>CAP/Località</p> <p>Tel.</p> <p>Fax</p> <p>E-mail</p> <p><b>Firma</b></p>

Si tratta di un nuovo contratto per cambio di dispensatore (farmacia o istituzione).

I dati richiesti nel presente questionario sono rigorosamente confidenziali e posti sotto la protezione del segreto medico. Gli stessi dati sono raccolti secondo l'art. 7 del Regolamento concernente il trattamento ambulatoriale di tossicomani con metadone. Il loro utilizzo avviene in forma anonima per fini scientifici.

**Attesto di aver letto le informazioni per il paziente e attesto di averle capite.**

Luogo e data

Firma del/la paziente

.....

.....

## START - RACCOLTA DATI

### TRATTAMENTO

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. Indicare la data di inizio del trattamento precedente .....

no, la persona non si trovava più sotto sostituzione

### FARMACO SOSTITUTIVO

#### Tipo

- metadone (Metadone Streuli®, Ketalgin®, ecc.)  
 buprenorfina (Temgesic®, Subutex®, ecc.)  
 morfina a rilascio ritardato (Kepanol®, Sevre-Long®, MST®, ecc.)  
 ossicodone (Oxycontin®, Oxycodon Sandoz®, ecc.)

#### Forma galenica

- soluzione orale     compresse     capsule     soluzione iniettabile  
 altro .....

**Dose giornaliera** (mg/giorno) .....

### FORNITURA

Fornitura del prodotto a una terza persona (nel caso in cui il prodotto non fosse fornito direttamente al/alla paziente)

no     sì, indicare i dati della persona

Nome e Cognome.....

Via .....

CAP, Località.....

### MEDICAMENTI SUPPLEMENTARI (GRUPPI TERAPEUTICI)

nessuno

Sostanza psicotropa	Nome preciso del prodotto	Dose giornaliera (mg)
Benzodiazepine a breve durata d'azione		
Benzodiazepine a lunga durata d'azione		
Altri tranquillanti/sonniferi/sedativi		
Analgesici oppiacei		
Psicostimolanti		

