



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

**PIANO TERAPEUTICO INDIVIDFUALIZZATO PER IL TRATTAMENTO DEGLI
STATI DI TOSSICODIPENDENZA DA OPPIACEI
DGR N 2326 del 03/12/2013**

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text" value="02/12/1967"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text" value="160114"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
SUBOXONE	<input type="text" value="16+4MG 28 CPR"/>	Posologia	<input type="text" value="UNA AL GIORNO"/>
Dosaggio Giorn.	<input type="text"/>	Da assumersi	<input type="text"/>
Fabbisogno sett. totale confezioni	<input type="text"/>	Fabbisogno mens. totale confezioni	<input type="text"/>
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="12"/>	Data Termine <input type="text" value="11/09/2018"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione		<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	

Attestazione Stabilizzazione Clinica e Tossicologica con remissione completa e protratta/Idoneita

Il Dr. dichiara che il paziente Sig. è

☐ IDONEO ☒ NON IDONEO

a potersi approvvigionare della terapia farmacologica prescritta direttamente tramite il canale delle farmacie convenzionate attraverso presentazione della Ricetta Ministeriale Speciale a ricalco redatta dal proprio MMG.

Monitoraggio Clinico e Tossicologico

Il/La Sig/sig.ra dichiara di volere effettuare i controlli tossicologici mensili e i controlli clinici periodici obbligatori, secondo le modalità stabilite dallo Specialista, in comune accordo con il Medico di Medicina Generale, per verificare il mantenimento dei requisiti di idoneità, pena la revoca della stessa.

Il presente piano terapeutico individualizzato ha durata di novanta giorni, è consegnato al paziente o ad un suo delegato, il quale dichiara di aver preso visione del foglietto illustrativo del farmaco prescritto; si impegna a rispettare i dosaggi e le modalità di assunzione del farmaco, secondo le indicazioni fornite dal Medico nel presente Piano Terapeutico; dichiara di impegnarsi a custodire il farmaco in luogo sicuro e non accessibile ai minori o persone ignare dei suoi effetti specifici e di verificare l'integrità dello stesso all'atto della dispensazione; dichiara di aver compreso di essere autorizzato al trasporto del farmaco per il tragitto dal luogo di dispensazione al proprio domicilio , ovvero al luogo di ordinaria dimora ove diverso dal domicilio dichiarato; dichiara, inoltre, di essere stato informato sull'obbligo di avere sempre con se copia originale del Piano Terapeutico Individualizzato quando riceve o trasporta il farmaco; dichiara, infine di essere stato informato che il farmaco è per uso strettamente personale e non deve essere ceduto a persona terza (reato ex art.73 del DPR 309/90).

Il medico dichiara di avere acquisito il consenso del paziente

Data Emissione

11/09/2017
