



DIPARTIMENTO PATOLOGIA DIPENDENZE

Ser.T.

CONSEGNA MEDICINALI TRATTAMENTO STATI TOSSICODIPENDENZA

Decreto Ministero della Salute 16.11.07 - Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29.11.07

PIANO TERAPEUTICO (*)

MEDICO PRESCRITTORE (Nome e Cognome)

SI CERTIFICA CHE IL SIG./RA

Nome e Cognome Affidatario/a

Data di Nascita residenza CF

Indirizzo Custodia del Farmaco

DIAGNOSI: Tossicodipendenza da oppiacei in trattamento con agonisti

NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA (**)

PER AFFIDAMENTO DIRETTO DA PARTE DEL SERVIZIO PRESCRITTORE IN DATA

METADONE CLORIDRATO x OS mg (tot)

POSOLOGIA mg/die dal al

Buprenorfina compresse x OS mg

POSOLOGIA mg/die per i giorni: dal al

Ogni Tot. Giorni:

(*) Il presente piano terapeutico ha una durata di novanta giorni e dovrà essere redatto in duplice copia, firmata in originale, di cui una depositata e una consegnata all'affidatario o suo delegato.

(**) Ogni modifica relativa alla terapia prescritta e riportata sul presente piano terapeutico, determinerà la stesura di un nuovo piano terapeutico.

REGOLAMENTO PER CONSEGNA TERAPIA

1. L'affidatario o il suo delegato dichiara di aver preso visione del foglietto illustrativo del farmaco stupefacente prescritto ed affidato secondo piano terapeutico di cui sopra e di averlo compreso.
2. L'affidatario si impegna a rispettare i dosaggi e le modalità di assunzione del farmaco consegnato secondo le indicazioni fornite dal medico nel piano terapeutico.
3. Dichiara di impegnarsi a custodire il farmaco consegnato in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici verificando che le dosi affidate siano corrispondenti a quelle trascritte sulle etichette applicate sulle confezioni consegnate. Tale verifica dovrà essere ripetuta ad ogni consegna del farmaco affidato e già prescritto nel presente piano terapeutico.
4. Dichiara di aver compreso di essere autorizzato al trasporto del farmaco solo per il tragitto compreso fra la sede di dispensazione ed il proprio domicilio ovvero al luogo di ordinaria dimora ove diverso dal domicilio dichiarato.
5. Dichiara, inoltre, di essere stato informato dagli operatori del Ser.T. sull'obbligo di avere sempre con sé copia originale del piano terapeutico qui consegnato e di trasportare il farmaco affidato dalla sede di dispensazione al proprio domicilio.
Il presente Piano Terapeutico viene consegnato all'Affidatario.
Il presente Piano Terapeutico viene consegnato al suo Delegato per i seguenti motivi: (***)

Nome e Cognome Delegato/a

Luogo e Data Nascita Delegato/a

Documento Delegato/a n.

FIRMA DELL'AFFIDATARIO

FIRMA DEL DELEGATO

FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Data

(***) In caso di consegna ad un delegato dell'affidatario sarà necessario porre agli atti relativa certificazione attestante il motivo della delega.