

ALLEGATO A

REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI _____

PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

PER IL TRATTAMENTO DEGLI STATI DI TOSSICODIPENDENZA DA OPPIACEI

DGR N. _____ DEL _____ BURP N. _____ DEL _____

PRIMO PIANO TERAPEUTICO

RINNOVO PIANO TERAPEUTICO

A) Struttura predisponente il Piano Terapeutico

Dott. _____

(Nome e Cognome Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche)

Dott. _____

(Nome e Cognome Delegato Responsabile)

Ser.T. di _____

(Indirizzo)

(Telefono)

(Fax)

(Email)

B) Paziente

(Nome e Cognome)

(Codice Fiscale)

(Luogo di nascita)

(Data di nascita)

(Sesso)

(Documento identità/Numero)

(Indirizzo di custodia del farmaco)

(Nome e Cognome del Medico che redige il Piano Terapeutico)

C) Medico Medicina Generale

Dott. _____

(Nome e Cognome)

(Telefono – Email)

D) Terapia farmacologica prescritta

(Principio attivo/Denominazione commerciale)

(Via di somministrazione)

(Posologia)

(Dosaggio giornaliero)

(Da assumersi)

Dal _____ al _____
(Validità del piano terapeutico)

(Fabbisogno Settimanale totale in confezioni)

(Fabbisogno mensile totale in confezioni)

E) Attestazione Stabilizzazione Clinica e Tossicologica con remissione completa e protratta/ Idoneità

Il Dr. _____ dichiara che il paziente Sig. _____ è 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.

F) Monitoraggio Clinico e Tossicologico

Il/La Sig/Sig.ra _____ dichiara di voler 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 sé 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).

(Luogo e data)

(Firma del Paziente)

(Firma del Medico)