Titre

Nom Prénom du médecin traitant

Rue No

PNA Lieu

Lieu, le date

**Contrôle intermédiaire du traitement de l’infection tuberculeuse (ITB) de :**

Nom Prénom, né/e le: date de naissance, rue no, PNA Lieu

Titre,

Sur mandat du médecin cantonal, la Ligue pulmonaire procède à intervalles réguliers à des contrôles de thérapie. Les résultats sont communiqués au médecin cantonal.

|  |  |
| --- | --- |
| Date du début de traitement:   | ………………… |
| Traitez-vous encore le/la patient/e ? | [ ]  oui [ ]  non |
| Si non, qui le/la soigne actuellement?  | ……………………………………………………… |
| Est-ce que la prise de médicaments est garantie?  | [ ]  oui [ ]  non |
| Date de la dernière consultation:  | ……………………………… |

Veuillez nous retourner ce formulaire

au moyen de l’enveloppe réponse annexée

à l’adresse en bas de page.

Date :

Timbre et signature

Nous vous remercions pour votre aide et

vous présentons nos meilleures salutations.

LIGUE PULMONAIRE ……………….

Prénom Nom

Service spécialisé de la tuberculose