Titre

Prénom Nom,

Rue

NPA lieu

Lieu, le date

**Contrôle intermédiaire du déroulement du traitement antituberculeux de**

Nom prénom, né/e le: date de naissance, rue no, NPA lieu

Titre,

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

|  |  |
| --- | --- |
| Date du début du traitement: | …………………………………………….. |
| Traitez-vous encore le/la patient/e? | oui  non |
| Si non: qui s’occupe de son traitement actuellement | ……………………………………………………… |
| Est-ce que la prise de médicaments est garantie? | oui  non |
| Date du dernier contrôle: | ……………………………… |

Date :

Timbre et signature

Veuillez nous retourner ce formulaire

au moyen de l’enveloppe réponse annexée

à l’adresse en bas de page.

Nous vous remercions pour votre aide et

vous présentons nos meilleures salutations.

LIGUE PULMONAIRE ……………….

Prénom Nom

Service spécialisé pour la tuberculose