**Tableau de contrôle pour la prise de médicament sous contrôle direct (DOT), dans le traitement de la tuberculose**

Veuillez retourner ce formulaire à la fin de chaque mois ou lors d’un transfert, à la Ligue pulmonaire du canton de ....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom |  | Date de naissance |  |
| Début de la thérapie |  |
| Médecin  |  | Adresse  |  |
|  | Téléphone |  |
|  |
| **Médicaments** | **Date** | **Dosage** | **Matin** | **Midi** | **Soir** | **Date d’arrêt** |
|    |   |   | [ ]  | [ ]  | [ ]  |   |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |
| **Médicaments remis en ………………………(mois)** |
| **Date** | **Visa** | **État de santé/Remarques** | **Date** | **Visa** | **État de santé/Remarques** |
| 1. |    |  | 16. |  |  |
| 2. |  |  | 17. |  |  |
| 3. |  |  | 18. |  |  |
| 4. |  |  | 19. |  |  |
| 5. |  |  | 20. |  |  |
| 6. |  |  | 21. |  |  |
| 7. |  |  | 22. |  |  |
| 8. |  |  | 23. |  |  |
| 9. |  |  | 24. |  |  |
| 10. |  |  | 25. |  |  |
| 11. |  |  | 26. |  |  |
| 12. |  |  | 27. |  |  |
| 13. |  |  | 28. |  |  |
| 14. |  |  | 29. |  |  |
| 15. |  |  | 30. |  |  |
|  |  |  | 31. |  |  |