**Ordonnance pour la supervision directe du traitement de la tuberculose (DOT)**

|  |
| --- |
| **Médecin** |
| Nom, prénomAdresse | Nom PrénomRue NoNPA Lieu |
|  |
| **Pour :** |
| Nom, prénomAdresseDate de naissanceTél.: privé / professionnel / mobile:Caisse maladieNuméro de l’assuré/e | Nom PrénomRue NoNPA Lieu Date de naissanceTél. privé/professionnel/mobile/ Caisse maladieNuméro de l‘assuré/e |
| **Médicaments prescrits** | ………………………………………………………..………………………………………………………..………………………………………………………..……………………………………………………….. |
| **Prise du médicament** | [ ]  journalière [ ]  1x par semaine [ ]  autre prescription………………..…………… |
| **Durée prévue du DOT** | du …………… au …………… |
| **Moniteur de thérapie** | Ligue pulmonaire cantonRue NoNPA Lieu |
| **Lieu de remise des médicaments** | Organe d’exécution-DOT |

Date:………………………….

Timbre et signature du médecin:…………………………………..……………………………

**Annexe**

Ordonnance médicale pour le traitement antituberculeux