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

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin** | |
| Nom, prénom  Adresse | Nom Prénom  Rue No  NPA Lieu |
|  | |
| **Pour :** | |
| Nom, prénom  Adresse  Date de naissance  Tél.: privé / professionnel / mobile:  Caisse maladie  Numéro de l’assuré/e | Nom Prénom  Rue No  NPA Lieu  Date de naissance  Tél. privé/professionnel/mobile/  Caisse maladie  Numéro 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 canton  Rue No  NPA Lieu |
| **Lieu de remise des médicaments** | Organe d’exécution-DOT |

Date:………………………….

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

**Annexe**

Ordonnance médicale pour le traitement antituberculeux