DOT-Organe d’exécution

Lieu, le date

**Mandat pour une prise de médicaments sous supervision directe (DOT) pour le traitement d’une tuberculose:**

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

Titre,

Comme nous vous l’avons communiqué par téléphone, le service spécialisé pour la tuberculose de la Ligue pulmonaire du canton de ….. travaille sur ordre du Département de la santé publique du canton de ….

Par la présente nous vous confirmons le mandat pour la remise des médicaments sous contrôle direct (DOT) de nom prénom.

Nous vous remercions d’avoir accepté ce mandat.

Nom prénom doit selon prescription médicale jointe, prendre sous votre contrôle les médicaments antituberculeux. Le DOT dure du ……… au ……. Nous vous prions de bien vouloir viser le tableau de contrôle après la prise du médicament et de nous le retourner à la fin de chaque mois.

En cas de problèmes avec Nom prénom, ou si la personne ne se présentait pas pour la prise des médicaments, nous vous prions de nous en informer dans les plus brefs délais.

Nous restons à votre disposition pour toutes questions et vous présentons nos salutations les meilleures.

LIGUE PULMONAIRE ……………….

Prénom nom

Service spécialisé pour la tuberculose

Annexes:

[ ]  Ordonnance médicale

[ ]  Tableau de contrôle

[ ]  Enveloppes réponse

[ ]  Ordonnance DOT