



Domanda di autorizzazione del paziente per una cura basata sulla prescrizione di diacetilmorfina (art. 3e LStup¹)

Prima domanda

I criteri d'ammissione di cui all'articolo 10 ODStup² sono adempiuti.

Il paziente

- a. ha compiuto 18 anni;
- b. è gravemente dipendente dall'eroina da almeno due anni;
- c. ha seguito senza successo o ha interrotto almeno due tentativi di trattamento con un'altra terapia ambulatoriale o stazionaria riconosciuta;
- d. presenta carenze dal profilo psichico, fisiologico o sociale.

sì

no

Cure sostitutive in corso:

cessate a partire da:

sì

no

Domanda di rinnovo

Le condizioni per il rinnovo dell'autorizzazione conformemente all'articolo 21 capoverso 3 ODStup continuano a essere adempiute:

sì

no



¹ Legge sugli stupefacenti (RS 812.121)

² Ordinanza sulla dipendenza da stupefacenti (RS 812.121.6)



Se una o diverse delle suddette condizioni non è/sono adempiuta/e ma si richiede cionostante un'autorizzazione, precisare l'indicazione supplementare su un foglio separato (cfr. art. 10 cpv. 2 ODStup).

Per la durata dell'autorizzazione del paziente, il medico richiedente dispone di un'autorizzazione del medico valida di cui all'articolo 18 ODStup.

Per la durata dell'autorizzazione del paziente, il centro di cura dispone di un'autorizzazione dell'istituzione valida di cui all'articolo 16 ODStup.

Dati per il rilascio dell'autorizzazione (art. 3e cpv. 3 LStup, art. 10 segg. in particolare art. 21 ODStup)



Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Sesso:

uomo

donna

Luogo d'origine:

Indirizzo:



Nome e indirizzo del medico curante
o della dottoressa curante:

Centro di cura:

Durata prevista delle cure
(massimo 5 anni) da:

a



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

La direzione medica del centro di cura:

Nome

Data

**Timbro e firma
della direzione medica del centro di cura**

La firma attesta l'esattezza dei dati forniti

Il medico cantonale:

(soltanto in caso di prima domanda)

Nome

Data

**Timbro e firma
del medico cantonale**

La firma attesta l'esattezza dei dati forniti

In caso di rilascio di un'autorizzazione, per l'annuncio all'UFSP utilizzare la parte sottostante del presente modulo relativa alla fine delle cure o al trasferimento delle cure.

Si prega di comunicare la fine delle cure a **Dipendenze Svizzera** compilando il questionario di uscita.
(Florian Labhart, flabhart@addictionsuisse.ch, Addiction Suisse, Lausanne).

**Fine delle cure
Centro di cura**

Nome

Data

**Timbro e firma
del medico curante**

La firma attesta l'esattezza dei dati forniti

**Trasferimento delle cure
Nuovo centro di cura**

Nome

Data

**Timbro e firma
del medico curante**

La firma attesta l'esattezza dei dati forniti

da inviare a hegebe@hin.ch