Allegato 4

RILEVAZIONE ATTIVITA' NEL SETTORE TOSSICODIPENDENZE
TRATTAMENTO CON BUPRENORFINA

A

REGIONE _____ AZIENDA USL _____ SERVIZIO _____

INDIRIZZO _____

COMUNE _____

PROVINCIA _____ C.A.P. _____

TELEFONO _____ / _____

FAX _____ / _____

C **TRATTAMENTI EFFETTUATI DAL SERVIZIO**

TIPOLOGIA	nei servizi pubblici		nelle strutture riabilitative		in carcere	
	numero di soggetti	numero di trattamenti	numero di soggetti	numero di trattamenti	numero di soggetti	numero di trattamenti
BUPRENORFINA						
a) breve termine(<=30 gg)						
b) medio termine (tra 30 gg e 6 mesi)						
c) lungo termine (> 6 mesi)						

Data ___ / ___ / _____

Il Responsabile del SERT

.....