

NOTIFICACIÓ DE SUSPENSIÓ DEL TRACTAMENT PACIENTS ADULTS

Comité assessor GH Núm. PROTOCOL_____

Data:

-Motiu de la finalització del tractament:

	Sí	No
1. Abandó voluntari per part del pacient	☐	☐
2. Ineficàcia del tractament segons el pacient	☐	☐
3. Ineficàcia del tractament segons el metge	☐	☐
4. Efectes secundaris (especifique'ls)	☐	☐
5. Mal compliment de la pauta terapèutica (indique el percentatge d'incompliment)	☐	☐
6. Canvi de domicili	☐	☐
7. Altres (especifique'ls)	☐	☐