

NOTIFICACIÓN DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO PACIENTES ADULTOS

Comité Asesor GH N° PROTOCOLO _____ Fecha: _____

-Motivo de la finalización del tratamiento:

	Si	No
1.- Abandono voluntario por parte del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Ineficacia del tratamiento a juicio del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Ineficacia del tratamiento a juicio del médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Efectos secundarios (especificarlos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Mal cumplimiento de la pauta terapéutica (indicar que porcentaje de incumplimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Cambio de domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Otros (especificarlos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>