FINE TRATTAMENTO

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Data di fine trattamento*	___/____/_____(gg mm aaaa)
Causa di fine trattamento*	Inefficacia Tossicita' Mancato inizio terapia Gravidanza Decesso Perdita al fup Trasferimento altro
Numero di mesi di terapia* :	_____
In caso di decesso, indicare:	
La causa	Cause infettive Reazioni da ipersensibilità Neoplasie Altro
Specificare altre cause	_____
Data del decesso:	___/____/_____(gg mm aaaa)

_____ _____ _____
Nome del Medico Data Firma