


**FINE TRATTAMENTO**

Codice Paziente	Iniziali	Sesso	Data di registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	___/___/___	___/___/___

Data di fine trattamento	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
motivo principale*:	Fallimento terapeutico Reazioni avverse Non compliance alla terapia Cambio terapia Paziente perso al Follow Up Paziente Deceduto Passaggio a nuova terapia Altro
Se altro, specificare:	_____
<b>In caso di decesso</b>	
Data del decesso*:	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Causa del decesso*:	<input type="radio"/> Malattia diabete correlata <input type="radio"/> Altro
Se altro, specificare:	_____

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Timbro e firma del medico