

FINE TRATTAMENTO

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

Causa di fine trattamento*	Inefficacia Eventi Avversi Effetti collaterali Mancato inizio terapia mancata (o scarsa) adesione alla terapia Gravidanza Decesso perdita al follow-up Trasferimento Altro
Data di fine trattamento*	___/___/___ (gg mm aaaa)
Numero di somministrazioni:	_____

Se il paziente è morto, indicare:

causa	Episodi trombo embolici Complicanze infettive Complicanze emorragiche Reazioni da ipersensibilità Neoplasie Altro
Se altro, specificare	_____
La causa di morte è correlata alla terapia?:	Si No
Data del decesso	___/___/___ (gg mm aaaa)
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente? *	Si No

se si' compilare modulo ministeriale ADR

 Nome del Medico

 Data

 Firma