


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:	_____

In caso di decesso

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