



Codi assignat a la sol·licitud	_____
Metge/essa especialista que fa la sol·licitud	Núm de col·legiat/ada* ____
Centre sanitari	Codi _____
Servei / Unitat del centre sanitari	_____

Notificació de finalització de tractament de la malaltia d'Alzheimer

1. Dades personals del pacient

Cognoms	Nom	
Data de naixement ____	Sexe <input type="checkbox"/> masculí <input type="checkbox"/> femení	Població habitual de residència
Codi d'identificació personal (CIP) _____	Núm. d'història clínica _____	

2. Dades del tractament farmacològic

Medicament/s	Última dosi diària administrada (mg)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Data d'inici del tractament ____	Data de finalització efectiva del tractament _____

3. Motiu de la finalització

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Abandonament voluntari del malalt | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 2. Ineficàcia del tractament a judici dels familiars/cuidadors | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 3. Ineficàcia del tractament a judici del metge | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 4. Efectes secundaris (<i>especifiqueu-los</i>): | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 5. Manca de seguiment | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 6. Progressió de la malaltia | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 7. Canvi de diagnòstic | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 8. Mort | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| 9. Altres (<i>especifiqueu-los</i>): | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

4. Observacions del metge

Signatura del metge

Data

* Especifiqueu el codi de província en els dos primers dígits.