



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 l'esclerosi múltiple

### 1. Dades personals del pacient

Cognoms

Nom

Data de naixement

\_\_\_\_

Sexe

masculí  femení

Població habitual de residència

Codi d'identificació personal (CIP)

\_\_\_\_\_

Núm. d'història clínica

\_\_\_\_\_

### 2. Medicament utilitzat

- interferó beta-1b subcutani       interferó beta-1a subcutani (22 µg)       acetat de glatiramer  
 interferó beta-1a intramuscular       interferó beta-1a subcutani (44 µg)

### 3. Motiu de la finalització

- |  | sí                       | no                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Abandonament voluntari del malalt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ineficàcia del tractament a judici del pacient  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ineficàcia del tractament a judici del metge  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Efectes secundaris:   |                          |                          |
| a) síndrome pseudogripal   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) reaccions cutànies  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) altres (especifiqueu-los):  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| 5. Canvi de tractament (especifiqueu-lo):  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| 6. Mal compliment de la pauta terapèutica<br>(indiqueu quin percentatge d'incompliment): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |
| 7. Canvi de domicili   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Embaràs o intenció de quedar-se embarassada   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Altres (especifiqueu-los):  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| .....  |                          |                          |

Signatura del metge

Data

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