



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 amb hormona de creixement en adults

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

Data de finalització del tractament

Data de finalització del tractament

____ | ____ | ____ | ____

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 (<i>especifiqueu-los</i>): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mal compliment de la pauta terapèutica (<i>indiqueu quin percentatge d'incompliment</i>): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Canvi de domicili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Altres (<i>especifiqueu-los</i>): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signatura del metge

Data

* Especifiqueu el codi de província en els dos primers dígit