

Fiche d'arrêt définitif de traitement

À remplir par le prescripteur/pharmacien

Date de l'arrêt définitif de traitement : __/__/__

Identification du patient

Nom du patient (3 premières lettres) : | _ | _ | _ | Prénom (2 premières lettres) : | _ | _ |

N° patient d'accès précoce (n° centre – ordre de création patient) : _____ - _____

Posologie à l'arrêt du traitement : _____

Traitement ultérieur envisagé : _____

Raisons de l'arrêt du traitement

Fin de traitement (définie dans le RCP)

Survenue d'un effet indésirable suspecté d'être lié au traitement

Procéder à sa déclaration auprès du CRPV géographique via le système national de déclaration : www.signalement.social-sante.gouv.

Progression de la maladie

Effet thérapeutique non satisfaisant

Décès

→ Date du décès : __/__/__

→ Raison du décès : Décès lié à un effet indésirable

Procéder à sa déclaration auprès du CRPV géographique via le système national de déclaration : www.signalement.social-sante.gouv.

Décès lié à la progression de la maladie

Autre raison : _____

Souhait du patient d'interrompre le traitement

Patient perdu de vue, préciser la date de dernier contact : __/__/__

Ne remplit plus les critères d'éligibilité, préciser : _____

Autre, préciser : _____

Médecin prescripteur

Nom/Prénom : _____

Spécialité : _____

N° RPPS : _____

Hôpital :

 CHU CHG CLCC centre privé

N° FINESS : _____

Tél : Numéro de téléphone.

E-mail : xxx@domaine.com

Date : __/__/____

Cachet et signature du médecin :

Pharmacien

Nom/Prénom : _____

N° RPPS : _____

Hôpital : _____

 CHU CHG CLCC centre privé

N° FINESS : _____

Tél : Numéro de téléphone.

E-mail : xxx@domaine.com

Date : __/__/____

Cachet et signature du pharmacien :