Fiche d'arrêt définitif de traitement

*À remplir par le prescripteur **et le** pharmacien*

Plateforme électronique : https://ap-ds.fr

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 :

Posologie à l'arrêt du traitement :

Autre traitement ultérieur envisagé ou mis en place (si applicable) : ☐ Poursuite de traitement anti-hormonal (si RH+), ☐ Initiation de traitement anti-hormonal (si RH+), Autre, préciser :_____

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 : https://signalement.social-sante.gouv.fr.

☐ 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 : https://signalement.social-sante.gouv.fr.

  ☐ 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	**Pharmacien**
Nom/Prénom : Spécialité : N° RPPS : N° FINESS : Tél : E-mail : xxx@domaine.com Date : Signature du médecin :	Nom/Prénom : N° RPPS : N° FINESS : Tél : E-mail : xxx@domaine.com Date : Signature du pharmacien :