



CESSATION
LE RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE
 17-AA004_AAC0290F1

LE RÉSEAU DE SOINS AUX PATIENTS TRAITÉS PAR AA-CLOZAPINE

Veuillez compléter et télécopier au :

Tél : **1-877-276-2569**

1-866-836-6778

Site Web : www.aaspirer.ca

Initiales du patient: _____	NIP du patient: _____
Date de retrait: _____ / _____ / _____ <small>JJ MMM AAAA</small>	Date de la dernière médication: _____ / _____ / _____ <small>JJ MMM AAAA</small>

MOTIF DU RETRAIT

<input type="checkbox"/> Demande du patient : (décrire) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Violation du protocole: (décrire) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Toxicité cardiovasculaire : (décrire) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Autre événement indésirable : (décrire) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Décision du médecin ou du psychiatre : (décrire) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Agranulocytose / Neutropénie : (décrire) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Crise/Malaise : (décrire) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Autres : (décrire) _____ _____ _____
---	---

FORMULAIRE DE CESSATION COMPLÉTÉ PAR:

<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Personnel d'AA Pharma via contact téléphonique Date du contact téléphonique: _____ / _____ / _____ <small>JJ MMM AAAA</small>
----------------------------------	--

Signature du médecin	_____ / _____ / _____ <small>JJ MMM AAAA</small>
Signature de l'employé d'AA Pharma	_____ / _____ / _____ <small>JJ MMM AAAA</small>

