

Indications générales (remplir complètement s.v.p)

Nom/Prénom _____ Sexe _____
Adresse _____ Date de naissance _____
NPA/Lieu _____ Téléphone/Natel _____

Motif de l'arrêt du traitement

- Fin de traitement
 Echec thérapeutique
 Décès : _____ (date du décès)

Médecin prescripteur

Médecin prescripteur _____
Spécialité FMH _____
Date d'arrêt du traitement _____
Médecin de famille _____
Médecin pneumologue _____

Signature + Timbre (incl. N°RCC)

Formulaire d'arrêt de traitement à envoyer à :
AxelCare SA, Rue de Veyrot 35 - 1217 Meyrin - courriel : respiratoire@axelcare.ch