

## Formulaire de suivi de GCT

Nom de l'établissement :

Numéro du GCT :

Nom du représentant :

Contact du représentant :

Lieu de la réunion :

Numéro de membre	Numéro IO	Prénom	Nom de famille	Sexe	Date de naissance	Numéro de téléphone portable du patient	Autre numéro de téléphone	Date d'initiation au TAR	Date d'arrivée dans le GCT	Date de départ du GCT	Motif de départ du GCT*
1					/ /			/ /	/ /	/ /	
2					/ /			/ /	/ /	/ /	
3					/ /			/ /	/ /	/ /	
4					/ /			/ /	/ /	/ /	
5					/ /			/ /	/ /	/ /	
6					/ /			/ /	/ /	/ /	
7					/ /			/ /	/ /	/ /	
8					/ /			/ /	/ /	/ /	
9					/ /			/ /	/ /	/ /	
10					/ /			/ /	/ /	/ /	
11					/ /			/ /	/ /	/ /	
12					/ /			/ /	/ /	/ /	
13					/ /			/ /	/ /	/ /	
14					/ /			/ /	/ /	/ /	
15					/ /			/ /	/ /	/ /	

\*Raison du départ du GCT : 1. TFO 2. Départ pour un autre GCT 3. Retour aux soins cliniques 4. Perdu de vue 5. Décédé