**Form ID: Completion Form (Res-03)**

|  |
| --- |
| **Self-care Survey- Study Completion/Termination** ข้อมูลต่อไปนี้ สำหรับกรณียุติการเก็บข้อมูลของสมาชิกรายนี้  |
| **HOSPCODE**: ⬜⬜⬜⬜⬜(รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข) | **PID:** ⬜⬜⬜(รหัสที่ได้จากโครงการวิจัยนี้) |

|  |
| --- |
| **Date of exit from the study** ⬜⬜/⬜⬜/⬜⬜⬜⬜❑1 Screening failure (Not eligible to the study)❑2 Complete the study❑3 Prematurely discontinued, please indicate the main reason shown below:❑31 Withdrawal❑32 Serious adverse events (SAEs)❑33 Intolerable side effects❑34 The patient does not adhere to study rules and procedures❑35 Upon the request of the patient ❑36 The investigator feels it is in the patient’s best interest to terminate participation ❑37 Observation of exclusion criteria after the entry visit❑38 Lost to follow-up after the third attempt of contact❑39 Others, please specify ……………………………………..………………………………. ………………………………………………………………….......**Date of Reporting** ⬜⬜/⬜⬜/⬜⬜⬜⬜ |