

Scheda di monitoraggio - follow up

Data della visita di follow up (da effettuare entro i due mesi) _____

Nome e Cognome del paziente _____

Codice Fiscale dell'assistito _____

Data di Nascita _____ Recapito telefonico _____
Indirizzo _____

ICD9-CM (obbligatorio) _____

Segni, sintomi o patologie insorte durante il trattamento (data insorgenza, descrizione, esito).

Nuovi trattamenti in corso:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antipertensivi | <input type="checkbox"/> Antidiabetici | <input type="checkbox"/> Antiaggreganti | <input type="checkbox"/> Anticoagulanti |
| <input type="checkbox"/> Anti Parkinson | <input type="checkbox"/> Statine | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | |

Si conferma la terapia in corso SI NO

Motivo sospensione: inefficacia
 ADRs extrapiramidali (allegare copia scheda segnalazione ADR)
 ADRs cerebrovascolari (allegare copia scheda segnalazione ADR)
 altre ADRs (allegare copia scheda segnalazione ADR)
 Decesso

Sostituzione Antipsicotico SI NO

Prescrizione

Antipsicotico _____

Posologia _____

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Tali farmaci sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale solo se ritirati direttamente presso l'ASL facendo pervenire il presente modulo (anche via fax) e contattando telefonicamente il Servizio Farmaceutico per concordarne il ritiro:

A BRA- presso Serv. Farmaceutico Ospedaliero - Osp. Santo Spirito – Via Ospedale 4 (tel 0172-420122, Fax 0172 420359)
Lunedì e venerdì con orario 13,00-16,30 e venerdì con orario 9,00 -12,30.

Ad ALBA – presso l' Abulatorio Farmaceutico del P.O. San Lazzaro – Via Pierino Belli, 26 (tel 0173-316314, Fax 0173 594226)
Dal lunedì al venerdì con orario continuato 8,30-14,30