

Scheda di monitoraggio dei pazienti con disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza in trattamento con antipsicotici

Data della prima visita _____

Nome e Cognome del paziente

Codice Fiscale dell'assistito _____

Indirizzo _____ Recapito telefonico _____

Data di Nascita _____

Regione _____ Azienda Sanitaria _____

ICD9-CM (**obbligatorio**) _____

Altri trattamenti in corso:

- Antipertensivi Antidiabetici Antiaggreganti Anticoagulanti
 Anti Parkinson Statine Altro

Malattia di Base

- Alzheimer Demenza (indicare il tipo di demenza)

Disturbi e sintomi:

- Delirio Allucinazioni Aggressività
 Altro _____

Prescrizione

Antipsicotico _____

Posologia _____

- Acquisito consenso informato (copia allegata)

Data _____ Timbro e firma del medico proscrittore _____

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 mercoledì 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