

**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 _____

Regione _____ Azienda Sanitaria _____

ICD9-CM (obbligatorio) _____

Altri 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 | |

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 prescrittore

Tali farmaci devono essere presso l'ASL

facendo pervenire il presente modulo (anche via fax) e contattando telefonicamente il Servizio Farmaceutico per concordarne il ritiro (Tel 0173/316314; Fax 0173/594226) presso:

1. l'Ambulatorio Farmaceutico del P.O. San Lazzaro – Via Pierino Belli, 26 – **ALBA**
dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 12,45 e dalle 13,30 alle 16,00
2. la Farmacia Ospedaliera – Ospedale S. Spirito – Via Ospedale 4 – **BRA**
Lunedì e mercoledì dalle 13,00 alle 16,30 e venerdì dalle 9,00 alle 12,30