

Scheda di monitoraggio bimestrale dei pazienti pediatrici in terapia con risperidone FOLLOW-UP

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

Nome e Cognome del paziente _____

Codice Fiscale del paziente _____

Data di Nascita _____ Recapito telefonico _____

Nuovi trattamenti in corso:

Antipsicotici generazione _____
 Antiepilettici Antidiabetici Altro (specificare) _____

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

**Effetto collaterale
rilevato**

sintomi extrapiramidali
 iperprolattinemia galattorrea ginecomastia
 iperglicemia ipercolesterolemia
 aumento ponderale
 polidipsia poliuria
 alterazioni elettrocardiografiche
 altro
 inefficacia

Si conferma la terapia in corso SI NO

Sostituzione Antipsicotico SI NO

Prescrizione

Antipsicotico _____

Posologia _____

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