

**Scheda di monitoraggio bimestrale dei pazienti pediatrici in terapia con  
risperidone PRIMA VISITA**

Data della prima visita \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del paziente \_\_\_\_\_

Codice Fiscale del paziente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

**Altri trattamenti in corso:**

- Antipsicotici  
I generazione
- Antiepilettici
- Antidiabetici
- Altro (specificare)

**Malattia di Base**

Codice ICD9-CM \_\_\_\_\_

**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