

Monitoraggio dei pazienti con disturbi psicotici e comportamentali associati a demenza in trattamento con antipsicotici

Inizio trattamento

Data visita _____

Regione _____

Centro _____

Indirizzo _____

Codice paziente _____ Data di nascita _____ Sesso M F

Tipo di demenza _____ Anno diagnosi _____

Medico del centro _____ Telefono _____

Medico curante _____ Telefono _____

TRATTAMENTI CON ANTIPSICOTICI – PREGRESSI O IN ATTO

Principio attivo	Periodo di trattamento	Dosaggio
_____	da _____ a _____	_____
_____	da _____ a _____	_____
_____	da _____ a _____	_____
_____	da _____ a _____	_____
_____	da _____ a _____	_____

ALTRI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN ATTO

Principio attivo _____

PRESCRIZIONE

Principio attivo _____ Dosaggio _____

Data prevista per il monitoraggio _____

Data _____

Firma e timbro Specialista _____