

**Scheda di monitoraggio - Follow-up**

**Data della visita di follow-up (da effettuare entri due mesi)**\_\_\_\_\_

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

**Nuovi trattamenti in corso:**

- Antiipertensivi**             **Antidiabetici**             **Antiaggreganti**             **Anticoagulanti**  
 **Anti Parkinson**             **Statine**                             **altro (specificare)**

**Si conferma la terapia in corso**     **Si**                             **No**

**Motivo sospensione:**

- Inefficacia**  
 **ADRs extrapiramidali (allegare copia scheda di segnalazione ADR)**  
 **ADRs cerebrovascolari (allegare copia scheda di segnalazione ADR)**  
 **Altre ADRs (allegare copia scheda di segnalazione ADR)**  
 **Decesso**

**Sostituzione antipsicotico:**             **Si**                             **No**

**Prescrizione**

**Antipsicotico**\_\_\_\_\_

**Posologia**\_\_\_\_\_

**Data**\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del medico prescrittore**

\_\_\_\_\_