

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

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

**Altri trattamenti in corso:**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antiipertensivi | <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**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Demenza (indicare il tipo di demenza) |
|------------------------------------|--|

**Disturbi e sintomi:**

- |                                      |  |                                       |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Delirio     | <input type="checkbox"/> Allucinazioni | <input type="checkbox"/> Aggressività |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ |  |                                       |

**Prescrizione**

Antipsicotico \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

- Acquisito consenso informato (copia allegata)

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_

