

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA PER QUTENZA®

Data della prima visita ____/____/____

Centro ospedaliero _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesso M ☐ F ☐ Età _____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____	

Indicazione autorizzata e rimborsata SSN

Tattamento del dolore neuropatico periferico negli adulti da solo o in associazione ad altri medicinali per il trattamento del dolore.

Trattamenti concomitanti

Analgesici oppiacei: _____	—	
_____	—	
Antiepilettici: _____	—	
_____	—	
Inibitori non selettivi della ricaptazione delle monoamine: _____	—	
_____	—	
Inibitori del reuptake della serotonina e noradrenalina (SNRI): _____	—	
_____	—	
Altro: _____	—	
_____	—	

		☐ Decesso ☐ Non disponibile ☐ Interruzione del trattamento ¹ Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____
Data 3° somm.ne: ____/____/____	Dopo la 2° somministrazione del ____/____/____ ☐ migliorato ☐ stabile ☐ peggiorato Punteggio NPRS odierno:	Eventi avversi nel periodo intercorso dalla precedente applicazione? ☐ SI ☐ NO Specificare EA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Esito ☐ Risoluzione completa ADR ☐ Risoluzione con postumi ☐ Miglioramento ☐ Reazione invariata o peggiorata ☐ Decesso ☐ Non disponibile ☐ Interruzione del trattamento ¹ Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____
Data 4° somm.ne: ____/____/____	Dopo la 3° somministrazione del ____/____/____ ☐ migliorato ☐ stabile ☐ peggiorato Punteggio NPRS odierno:	Eventi avversi nel periodo intercorso dalla precedente applicazione? ☐ SI ☐ NO Specificare EA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Esito ☐ Risoluzione completa ADR ☐ Risoluzione con postumi ☐ Miglioramento ☐ Reazione invariata o peggiorata ☐ Decesso ☐ Non disponibile ☐ Interruzione del trattamento ¹

		Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____
--	--	--

¹ Causa/e interruzione del trattamento: ☐ Fine del ciclo terapeutico ☐ Inefficacia ☐ Eventi avversi: ☐ gravi e/o inattesi ☐ non gravi e/o attesi ☐ Mancato inizio terapia ☐ Decesso: data: ____/____/____ correlato al farmaco: ☐ SI ☐ NO ☐ Perdita al follow-up ☐ Trasferimento ☐ Altro (specificare: _____)
--

Data: ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore
