

**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
