

Prescrizione di medicinali erogati dal SSN ai sensi della Legge 648/96:*Determina 27 luglio 2012*

Medicinale (principio attivo): CLOZAPINA Dosaggio: _____ mg Posologia prevista: _____
--

Indicazione terapeutica: psicosi acute e croniche nell'adolescente e nel bambino di età > ad anni 7

Struttura prescrittrice: U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE Centro di costo : 10108
Dott./Dott.ssa (timbro firma)

N.B.: La rilevazione dei dati deve essere fatta prima del trattamento, a 6 e a 12 mesi

Scheda inizio trattamento <input type="checkbox"/> Scheda di controllo a 6 o 12 mesi <input type="checkbox"/> Data inizio terapia ____ / ____ / ____ Data controllo. ____ / ____ / ____	Paziente COGNOME _____ NOME _____ Data di Nascita: ____ / ____ / ____
	Età <input style="width: 50px;" type="text"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Indicatori	Prima del trattamento	Controllo a 6 mesi		Controllo a 12 mesi	
Esame emocromocitometrico	X	X		X	
Funzione epatica	X	X		X	
Funzione renale	X	X		X	
GAG urinari	X	X		X	
Ecocardiogramma	X			X	
Elettrocardiogramma	X			X	
Test cammino 6 min (solo >6 anni)	X	X		X	
Reazioni avverse al farmaco di tipo severo		SI	NO	Si	NO

Descrizione eventi avversi N.B.: tale segnalazione non sostituisce la segnalazione spontanea delle ADR secondo il DLvo 95/03

--

Fine terapia <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>		Sospensione terapia <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>		C A U S A	
--	--	---	--	-----------------------	--

Data ____ / ____ / ____

U.O.C. Farmacia Ospedaliera - Direttore: Dr Alessandro Dacomo

 Orario Dispenser Corner 9.00-13.30 - 14.30-17.00 Tel. 0444-757380 Fax 0444-757381 e mail dimissioni.farmacia@ulssvicenza.it
 Orario di Segreteria : 8.00 – 16.00 Tel. 0444-753484 Fax 0444-753941 e mail: segreteria.farmacia@ulssvicenza.it