

**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   
 Scheda di controllo a 6 o 12 mesi   
 Data inizio terapia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Data controllo. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Paziente  
COGNOME

NOME

Data di Nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Età

M  F 

Indicatori	Prima del trattamento	Controllo a 6 mesi		Controllo a 12 mesi	
		SI	NO	SI	NO
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

Sospensione terapia

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