

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