

Scheda di monitoraggio - Follow-up

Data della visita di follow-up (da effettuare entri due mesi)_____

Segni, sintomi o patologie insorte durante il trattamento (data insorgenza, descrizione, esito).

Nuovi trattamenti in corso:

- ☐ Antiipertensivi ☐ Antidiabetici ☐ Antiaggreganti ☐ Anticoagulanti
- ☐ Anti Parkinson ☐ Statine ☐ altro (specificare)

Si conferma la terapia in corso ☐ Si ☐ No

Motivo sospensione:

- ☐ Inefficacia
- ☐ ADRs extrapiramidali (allegare copia scheda di segnalazione ADR)
- ☐ ADRs cerebrovascolari (allegare copia scheda di segnalazione ADR)
- ☐ Altre ADRs (allegare copia scheda di segnalazione ADR)
- ☐ Decesso

Sostituzione antipsicotico: ☐ Si ☐ No

Prescrizione

Antipsicotico_____

Posologia_____

Data_____

Timbro e firma del medico prescrittore
