DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO FARMACI ANTIPSICOTICI ATIPICI [1]

PAZIENTE:_____
Cognome Nome

Data di nascita_____/_____/_____ Sesso M F

Codice Fiscale___/___/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/___

Residenza dell'assistito _____ Provincia _____ Regione _____

DIAGNOSI DI PSICOSI GRAVE (Specificare la tipologia)_____

Formulata in data_____ . Medico specialista []

Dr. Prof_____

Centro [] _____
Reparto [] _____
Day-hospital [] _____
Ambulatorio [] _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO:

FARMACO: _____

Posologia _____

_____

Durata prevista del trattamento (2) _____

Prima prescrizione [] Prosecuzione della Cura []

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

_____

Timbro della struttura

_____

1. Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
2. Non oltre 1 anno. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.