



Scheda di monitoraggio - Follow-up

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

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

Nuovi trattamenti in corso:

- Antipertensivi Antidiabetici Antiaggreganti Anticoagulanti
 Anti Parkinson Statine altro (specificare)

Si conferma la terapia in corso Sì 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: Sì No

Prescrizione

Antipsicotico _____

Posologia _____

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore