



Modello per la definizione del Piano Terapeutico per la prescrizione  
dei farmaci antipsicotici atipici (SGA)

PRIMA VISITA (DATA) \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Sesso M  F

Regione di residenza \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Domicilio : Città \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI ICD 9**

295 (psicosi schizofreniche)

291 (sindromi psicotiche indotte da alcool)

296 (psicosi affettive)

292 (psicosi indotte da droghe)

298 (altre psicosi non organiche)

altro (specificare ed indicare codice ICD 9-CM) 290.20 Demenza senile con aspetti deliranti

**PAZIENTE NAIVE**

PRINCIPIO ATTIVO (dosaggio e formulazione) \_\_\_\_\_

POSOLOGIA \_\_\_\_\_

**PAZIENTE IN CONTINUITA' TERAPEUTICA**

SPECIALITÀ (dosaggio e formulazione) \_\_\_\_\_

POSOLOGIA \_\_\_\_\_

EVENTUALI TERAPIE PRECEDENTI CON ANTIPSIKOTICI (specificare) \_\_\_\_\_

**Specificare la motivazione del cambiamento prescrittivo**

**INEFFICACIA**

**DI TERAPIE PRECEDENTI**

Antipsicotico 1<sup>a</sup> generazione

Antipsicotico 2<sup>a</sup> generazione

Altro \_\_\_\_\_

**INTOLLERANZA**

**DI TERAPIE PRECEDENTI**

Antipsicotico 1<sup>a</sup> generazione

Antipsicotico 2<sup>a</sup> generazione

Altro \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE