

MODELLO PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO PER I FARMACI SOGGETTI A NOTA ALFA 85

**PRESCRIZIONE E FORNITURA PRIMO CICLO TRATTAMENTO**

(DA INVIARE AL SERVIZIO FARMACEUTICO UNA VOLTA COMPLETATO IL TRATTAMENTO)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ SESSO M  F   
 REGIONE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ MEDICO DI MEDICINA GENERALE \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: CITTÀ \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_ RECAPITO \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI**

PROBABILE DEMENZA DI ALZHEIMER SECONDO I CRITERI NINCDS-ADRDA \_ DATA PRIMA DIAGNOSI \_\_\_\_\_  
 MMSE \_\_\_\_\_ /30 MMSE CORRETTO \_\_\_\_\_ /30 IADL \_\_\_\_\_ /8F 5M ADL \_\_\_\_\_ /6

ALZHEIMER LIEVE (MMSE TRA 21 E 26)  ALZHEIMER MODERATO (MMSE TRA 10 E 20)

**PRESENZA MALATTIE CONCOMITANTI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI CAUTELE D'USO**

<input type="checkbox"/> DIABETE	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA EPATICA
<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> ULCERA GASTRODUODENALE
<input type="checkbox"/> DISTURBI DEL RITMO CARDIACO	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RENALE	<input type="checkbox"/> DISTURBI SNC

**PRECEDENTI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI**

<input type="checkbox"/> DONEZEPIL	<input type="checkbox"/> MEMANTINA	<input type="checkbox"/> ANTIDEPRESSIVI
<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA	<input type="checkbox"/> ANTICOLNERGICI	<input type="checkbox"/> ANTIPSICOTICI
<input type="checkbox"/> GALANTAMINA	<input type="checkbox"/> ANTICONSULSIVANTI	<input type="checkbox"/> ALTRI FARMACI SNC

**PROGRAMMA TERAPEUTICO PRIMO CICLO TRATTAMENTO**

PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA N. UNITÀ POSOLOGICHE / DOSAGGIO DIE	DURATA (SETTIMANE)
<input type="checkbox"/> DONEZEPIL	PARI A _____ MG/DIE	
<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA	PARI A _____ MG/DIE	
<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA CEROTTO	PARI A _____ MG/DIE	
<input type="checkbox"/> GALANTAMINA	PARI A _____ MG/DIE	
<input type="checkbox"/> MEMANTINA	PARI A _____ MG/DIE	
<input type="checkbox"/> ALTRI FARMACI SNC	PARI A _____ MG/DIE	

**FORNITURA DIRETTA PRIMO CICLO TRATTAMENTO DA PARTE DEL CENTRO**

	DATA	NUMERO CONFEZIONI	FIRMA PER RICEVUTA	NOTE
I CONSEGNA				
II CONSEGNA				
III CONSEGNA				
IV CONSEGNA				

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

DATA PROSSIMA VISITA \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE

TIMBRO DEL CENTRO

DR./PROF. \_\_\_\_\_