



Indirizzo di provenienza dei pazienti con disturbi psichici e comportamenti associati a
presenza di trattamenti con antipsicotici

Data della prima visita _____

Nome e Cognome del paziente: _____

Codice fiscale nel sistema: _____

Indirizzo: _____ Recapito telefonico _____

_____ Sesso _____ Data di nascita _____

Regione: _____ Azienda Sanitaria _____

Altri trattamenti in corso:

- Antipertensivi
- Antidiabetici
- Antiaggreganti
- Anticoagulanti
- Anti Parkinson
- Statine
- altro _____

Malattia di base

- Alzheimer
- Demenza (indicare il tipo di demenza)

Disturbi e sintomi:

- Delirio
- Allucinazioni
- Aggressività
- Altro _____

Prescrizione

Antipsicotico _____

Tossologia _____

Acquisito consenso informato (con la allegata)

Data _____

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE
 Timbro e firma del medico prescrittore
 ASL ROMA 3 - AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE
 Centro Assistenza Farmaceutica
 Dott. _____
 Specialista in _____

A.S.L. IM D Distretto 2
 Poliambulatorio ACILIA
 D.ssa Giuseppina TILIA
 10410010333 F.232