

Documento PTR n. 358 relativo a:

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE E
SEGNALAZIONE PER I FARMACI
ANTIPSICOTICI ATIPICI IN
DISTRIBUZIONE DIRETTA**

Settembre 2025

Scheda di prescrizione e segnalazione per i farmaci antipsicotici atipici in distribuzione diretta

DISTURBI PSICOTICI E COMPORTAMENTALI DEI PAZIENTI CON DEMENZA O MALATTIA DI PARKINSON

PRIMA VISITA (Data _____)

Nome e Cognome Assistito _____ Indirizzo _____

Data di nascita _____ Sesso ☐ M ☐ F Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Azienda Sanitaria di residenza dell'Assistito n° | _ | _ | _ | (*vedi codice sul retro) ☐ Azienda extra-regione Emilia Romagna

Medico di Medicina Generale Dott. _____

Altri trattamenti in corso:

☐ Antiipertensivi ☐ Antidiabetici ☐ Antiaggreganti ☐ Anticoagulanti ☐ Statine ☐ Altro _____

Malattia di base

☐ Malattia di Alzheimer ☐ Demenza fronto-temporale ☐ Diagnosi in via di definizione o non definita

☐ Malattia di Parkinson ☐ Demenza vascolare

☐ Demenza da corpi di Lewy

☐ Demenza "mista"
(vascolare e degenerativa)

Disturbi comportamentali e sintomi psicotici

☐ Wandering
(vagabondaggio)

☐ Deliri

☐ Irrequietezza

☐ Sundowning
(o alterazioni del ritmo sonno-veglia)

☐ Allucinazioni

☐ Aggressività { ☐ verbale
☐ fisica

PRESCRIZIONE DI ANTIPSICOTICI ATIPICI

Criterio di scelta dell'antipsicotico atipico

INEFFICACIA di
terapie precedenti { ☐ Antipsicotico tradizionale
☐ Altro antipsicotico atipico
☐ Altro _____

INTOLLERANZA di
terapie precedenti { ☐ Antipsicotico tradizionale
☐ Altro antipsicotico atipico
☐ Altro _____

Farmaco prescritto _____ Posologia _____

Data prevista per il prossimo controllo (da effettuare entro 2 mesi dalla prima visita) _____

Data prevista per il prossimo controllo (da effettuare entro 6 mesi) _____

FOLLOW UP (Data _____)

Si conferma la terapia in corso? ☐ Sì ☐ No Se No, nuovo farmaco prescritto _____ Posologia _____

Motivo variazione ☐ Inefficacia ☐ Intolleranza ☐ Altro _____

Motivo sospensione ☐ Inefficacia ☐ ADR's extrapiramidali ☐ ADR's cerebrovascolari ☐ Altro _____

☐ Decesso (specificare la causa) _____

Altri trattamenti in corso: ☐ Antiipertensivi ☐ Antidiabetici ☐ Antiaggreganti ☐ Anticoagulanti ☐ Statine
☐ Altro _____

Data _____

Timbro e firma Medico Prescrittore (Struttura di appartenenza _____)