

SCHEMA DI PRESCRIZIONE CARTACEA PER QUTENZA

Data della prima visita ____/____/____

Centro Ospedaliero: _____

Nome e Cognome del medico prescrittore: _____

Nome e Cognome del paziente: _____

Sesso M F Data di nascita ____/____/____ AUSL di appartenenza: _____

Indicazione del medicinale

Tattamento del dolore neuropatico periferico negli adulti da solo o in associazione ad altri medicinali per il trattamento del dolore.

Trattamenti concomitanti

Analgesici oppiacei: _____

Antiepilettici: _____

Inibitori non selettivi della ricaptazione delle monoamine: _____

Inibitori del reuptake della serotonina e della noradrenalina (SNRI): _____

Altro: _____

Prima prescrizione e stato clinico al basale

Numero di cerotti utilizzati in data odierna¹: _____

¹ Il SSN rimborsa sino all'utilizzo di 4 cerotti annui per paziente. Il costo per l'ulteriore utilizzo dei cerotti è a carico dell'Azienda.

Indicare se:

Paziente diabetico

Paziente non diabetico

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura



		<input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> Interruzione del trattamento ² Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____
Data 3 ^a somm.ne: ____/____/____	Dopo la 2 ^a somministrazione del ____/____/____ <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato Punteggio NPRS odierno: _____	Eventi avversi nel periodo intercorso dalla precedente applicazione? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Specificare EA: _____ _____ _____ <u>Esito</u> <input type="checkbox"/> Risoluzione completa ADR <input type="checkbox"/> Risoluzione con postumi <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> Interruzione del trattamento ² Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____
Data 4 ^a somm.ne: ____/____/____	Dopo la 3 ^a somministrazione del ____/____/____ <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato	Eventi avversi nel periodo intercorso dalla precedente applicazione? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Specificare EA: _____ _____ _____



	Punteggio NPRS odierno: <hr/>	Esito <input type="checkbox"/> Risoluzione completa ADR <input type="checkbox"/> Risoluzione con postumi <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> Interruzione del trattamento ² Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ___/___/____
--	---	---

² Causa/e di interruzione del trattamento:

Fine ciclo terapeutico

Inefficacia

Eventi avversi: gravi e/o inattesi non gravi e/o attesi

Mancato inizio terapia

Decesso: data: / / correlato al farmaco: sì no

Perdita al follow up

Trasferimento

Altro (specificare: _____)

Data ___/___/____

Timbro e firma del medico prescrittore

19A05518

