REGIONE LAZIO

Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Politica del Farmaco

Prot. 104232/ 27 / 02
Trasmissione solo via fax
Sostituisce l'originale ai sensi dell'art. 6, comma 2, L. 412/1991

Roma, 6/6/2013

Ai Direttori Generali
Aziende Sanitarie Locali
Aziende Ospedaliere
Policlinici Universitari
IRCCS
del Lazio
LORO SEDI

Oggetto: aggiornamenti in merito alla prescrizione dei farmaci antipsicotici atipici

Ad integrazione della nota prot. 43313 del 7 marzo 2013, vista la Determina AIFA n.443 pubblicata in G.U 119 del 23 maggio 2013, considerato che l'utilizzo dei farmaci antipsicotici atipici (ATC N05AH) è destinato a pazienti fragili, che necessitano di un controllo ricorrente da parte dello specialista che rivaluti le condizioni cliniche e la terapia, si ritiene necessaria l'adozione di una scheda regionale di prescrizione aderente al documento già allegato nella succitata nota.

Pertanto si stabilisce che:

- I pazienti in possesso di piano terapeutico in corso di validità, si recheranno dallo specialista per la redazione della scheda prescrittiva regionale da consegnare al MMG, solo alla scadenza del suddetto piano.
- I pazienti naive riceveranno dallo specialista la scheda di prescrizione regionale da consegnare al MMG.

In entrambi i casi il MMG provvederà alla prescrizione su ricettario SSR per assicurare la continuità terapeutica

Il Dirigente dell'Area
Dott.ssa Lorella Lombardozzi

Il Direttore
Dott.ssa Flora Degrassi

DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

VIA ROSA RAIMONDI GARIBALDI, 7
00145 ROMA

TEL. +39.06.5168.1
FAX +39.06.5168.

Scheda regionale per la prescrizione dei farmaci antipsicotici atipici (SGA)

(Aripiprazolo, Asenapina, Clozapina, Olanzapina, Paliperidone,Quietapina, Risperidone, Ziprasidone)

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)*_____

_____

PAZIENTE NAIVE

PRINCIPIO ATTIVO *(dosaggio e formulazione)* _____

POSOLOGIA _____

PAZIENTE IN CONTINUITA' TERAPEUTICA

SPECIALITÀ *(dosaggio e formulazione)* _____

POSOLOGIA _____

EVENTUALI TERAPIE PRECEDENTI CON ANTIPSICOTICI *(specificare)*_____

_____

Specificare la motivazione del cambiamento prescrittivo

INEFFICACIA DI TERAPIE PRECEDENTI
☐ Antipsicotico 1^ generazione
☐ Antipsicotico 2^ generazione
☐ Altro _____

INTOLLERANZA DI TERAPIE PRECEDENTI
☐ Antipsicotico 1^ generazione
☐ Antipsicotico 2^ generazione
☐ Altro _____

DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE