



SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA CON QUTENZA

Data della prima visita

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale		Cognome nome	
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza		Residenza	
Tel.		MMG	

Indicazione del medicinale

TRATTAMENTO 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 odierna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>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 cura

Scala numerica di valutazione del dolore (Numeric Pain Rating Scale, NPRS) alla data odierna:

Dolore: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10  
Nessun dolore Il peggior dolore possibile

Eventi avversi nel corso del trattamento? ☐ SI ☐ NO

Specificare EA:

Esito: ☐ Risoluzione completa ADR ☐ Risoluzione con postumi ☐ Reazione invariata o peggiorata  
☐ Decesso ☐ Non disponibile ☐ Interruzione del trattamento(2)

Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV:

Valutazioni ai follow up		
	Valutazione dello stato della malattia	Valutazione del profilo di sicurezza
<div>Data 2° somministrazione:<div></div></div>	<div>Dopo la 1° somministrazione del: <div></div></div> <div><div><div></div></div> migliorato</div> <div><div></div></div> stabile	

Punteggio NPRS odierno:

**Causa/e di interruzione del trattamento:**

- ☐ Fine ciclo terapeutico
- ☐ Inefficacia
- ☐ Eventi avversi

☐ gravi e/o inattesi

☐ non gravie e/o attesi

☐ Mancato inizio terapia

☐ Decesso

Data

Correlato al farmaco

☐ SI

☐ NO

☐ Perdita al follow up☐ Trasferimento

☐ Altro

**Data Emissione**