

Una volta inseriti i dati richiesti in questa pagina, la invitiamo a scansionarla e inviarla tramite e-mail all'indirizzo tapering@regenboogapotheek.com oppure tramite fax a Regenboog Apotheek al numero +31-(0)85-273 6129

Modulo di richiesta RACCOMANDAZIONI PER UNA RIDUZIONE GRADUALE DEL FARMACO

Io sottoscritto, dottore o paziente (barrare la casella corrispondente), **dichiaro di essere interessato a ricevere una raccomandazione su un programma di riduzione graduale del farmaco per il paziente descritto di seguito, con le seguenti specifiche:**

Al paziente è stato prescritto (indicare il farmaco a riduzione graduale)
per la seguente patologia:

Il paziente è attualmente esente da sintomi: sì no (barrare la casella corrispondente)

I motivi della riduzione graduale del farmaco sono i seguenti:

Barrare tutte le caselle applicabili:

- 1a. Fattore di rischio:** dose saltata : il paziente ha avuto sintomi di astinenza dopo aver saltato una dose
 paura della riduzione graduale del farmaco : il paziente ha indicato di temere una riduzione graduale del farmaco
 tentativi non andati a buon fine in passato : in passato ci sono già stati dei tentativi di interrompere l'assunzione del farmaco che tuttavia non sono andati a buon fine
 distinzione : è necessario distinguere eventuali ricadute con sintomi di astinenza da eventi rebound
 metabolizzatore lento : la dose più bassa produce già una concentrazione plasmatica elevata
 dose elevata : la dose è stata superiore al 100% della DDD per oltre 6 mesi
 inizio : sono stati registrati problemi in termini di effetti (collaterali) all'inizio del trattamento
 passaggio ad altro farmaco in passato : il paziente ha cambiato farmaco psichiatrico in passato
 altro

1b. Durata dell'assunzione del farmaco: <1 anno 1-2 anni 2-5 anni 5-10 anni >10 anni

1c. Assunzione attuale del farmaco: mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata
..... mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata
..... mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata
..... mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata

1d. Altri farmaci da assumere per via orale: (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno

1e. Altre informazioni:

1f. Le compresse sono la modalità di somministrazione desiderata Sì (barrare la casella)

1g. Periodo di riduzione graduale desiderato dal paziente: mesi (numero)

1h. Il paziente acconsente al trasferimento dei propri dati personali alla farmacia locale: Sì (barrare la casella)

Farmacia locale:

1i. Compagnia di assicurazione sanitaria:

2. Iniziali e nominativo del paziente:
Data di nascita (GG/MM/AAAA): - - Sesso: M/ F Codice fiscale:
Indirizzo:
CAP e località: Nazione:
Indirizzo e-mail (**obbligatorio**): Tel.:

3. Nome e cognome del medico prescrittore:
Numero di registrazione sanitaria:
Indirizzo:
CAP e località: Nazione:
Indirizzo e-mail (**obbligatorio**): Tel.:

Firmando il presente modulo, dichiaro che tutte le informazioni fornite sono veritiere.

Data: Timbro del medico
(se richiesto dal medico):

Firma del richiedente: