

Scheda di monitoraggio per Qutenza

Data della prima visita _____

Centro prescrittore _____

Nome e Cognome del clinico prescrittore _____

Iniziali del paziente _____ N. cartella clinica _____

Sesso M F Data di nascita _____

Tessera sanitaria _____

Azienda Sanitaria _____

Malattia di base

Trattamento del dolore neuropatico periferico negli adulti non diabetici 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 _____

Prescrizione

Posologia _____

Indicare se:

Prima prescrizione

prosecuzione della cura (motivo): _____

• In trattamento dal (data): _____

Outcome al basale

Scala numerica di valutazione del dolore (*Numeric Pain Rating Scale*, NPRS)

Dolore

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore Il peggior dolore possibile

Numero di cerotti utilizzati

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

1^a somm. ____/____/____	Valutazione dello stato della malattia dopo 1 somministrazione (____/____/____): <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato NPRS: _____
2^a somm. ____/____/____	Valutazione dello stato della malattia dopo 2 somministrazioni (____/____/____): <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato NPRS: _____
3^a somm. ____/____/____	Valutazione dello stato della malattia dopo 3 somministrazioni (____/____/____): <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato NPRS: _____
4^a somm. ____/____/____	Valutazione dello stato della malattia dopo 4 somministrazioni (____/____/____): <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato NPRS: _____

Profilo di sicurezza

Si sono verificati eventi avversi nel corso del trattamento?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì specificare quali: _____ _____ <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 Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ___/___/___
Causa fine trattamento	<input type="checkbox"/> Fine ciclo terapeutico <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Eventi avversi < <input type="checkbox"/> gravi e/o inattese < <input type="checkbox"/> non gravi e/o attese <input type="checkbox"/> Mancato inizio terapia <input type="checkbox"/> Decesso: - data: ___/___/___ - correlato al farmaco: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Perdita al <i>follow up</i> <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Altro. _____

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
