

## SCHEDA 4 – SEGNALAZIONE DI REAZIONE AVVERSA

Numero identificativo CHAT: |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

Iniziali del paziente (nome e cognome): |\_\_||\_\_||\_\_|

Data di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sesso: (M) (F)

C	lozapine
H	aloperidol
A	ripiprazole
T	rial

**RIPORTARE QUALSIASI REAZIONE AVVERSA NEI PAZIENTI INSERITI  
NELLA COORTE RANDOMIZZATA O OSSERVAZIONALE**

Il paziente rientra nella coorte |\_\_| 1=randomizzata; 2=osservazionale

**Quale farmaco è verosimilmente responsabile della reazione avversa?**

? Clozapina      ? Aloperidolo      ? Aripiprazolo      ? Altro .....

Dose (mg/die)	Data inizio trattamento	Data interruzione (SE SOSPESO)

**Quale reazione avversa?**

Tipo di reazione	Durata della reazione		Esito (in risoluzione, risolto, persiste)
	Data d'inizio	Data di fine	

Il paziente è stato ospedalizzato a causa della reazione? ? SI'      ? NO

**Altri farmaci assunti negli ultimi 3 mesi?**

Nome commerciale	Via di somministrazione	Dose (mg/die)	Assunzione del farmaco		Indicazione terapeutica
			Data inizio	Data fine	

Firma del medico ..... data .....

Nome in stampatello ..... telefono .....

**Compilata la scheda, spedirla alla Segreteria dello studio CHAT (fax 045 585871)**