

# LAST-RD

Lithium And  
Standard Therapy in  
Resistant Depression

World Health Organisation Collaborative Centre  
for Research and Training in Mental Health  
and Service Evaluation  
University of Verona  
Verona, Italy



Numero identificativo LAST: |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||

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

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

Sesso:  M  F

Nome del medico: ..... Data: |\_\_||\_\_||/|\_\_||\_\_||/|\_\_||\_\_||\_\_||

Centro reclutante: .....

## SCHEDA FOLLOW UP – MESE 10 – COORTE randomizzata al LITIO

- ✓ Litiemia più recente .....mEq/L (data prelievo: |\_\_||\_\_||/|\_\_||\_\_||/|\_\_||\_\_||\_\_||)
- ✓ Dose giornaliera di litio: ..... mg/die
- ✓ Nell'ultimo mese, si sono verificati effetti avversi verosimilmente riconducibili al litio?  SI'  NO  
Se SI', è possibile specificare quali? 1) .....  
2) .....; 3) .....
- ✓ Sono state registrate anomalie ECGrafiche, tiroidee o renali?  SI'  NO  
Se SI', è possibile specificare quali? 1) .....  
2) .....; 3) .....
- ✓ Nell'ultimo mese quante volte è stato visto il paziente (qualsiasi tipo di contatto, litiemia compresa)?  
 0  1  2  3  4 (o più)
- ✓ **Riportare qui sotto la TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE, in aggiunta al litio:**

	Farmaco	Dose (mg/die)
<b>Antidepressivi (*)</b>		
<b>Antipsicotici (*)</b>		
<b>Benzodiazepine (*)</b>		
<b>Altri stabilizzanti dell'umore (*)</b>		
<b>Altri farmaci (*)</b>		

(\*) : specificare quale farmaco o quali farmaci (se più di uno) sono utilizzati all'interno di ciascuna classe considerata.

Attualmente il paziente è:       **Vivo**       **Deceduto** (data. |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|)

**A. Se il paziente è DECEDUTO, barrare una delle caselle qui sotto, indicando la verosimile causa:**

- Vecchiaia**
- Malattia (ictus, infarto del miocardio, cancro, etc.):** ..... (specificare la malattia)
- Incidente (stradale, sul lavoro, etc.):** ..... (specificare il tipo di incidente)
- Impiccagione/strangolamento**
- Auto-avvelenamento**

Farmaco o farmaci verosimilmente usati:.....  
.....  
.....

(per favore, specificare quali farmaci sono stati usati: ad esempio, 100 compresse di Tavor 2.5 mg)

- Avvelenamento da monossido di carbonio**
- Defenestrazione/danno multiplo**
- Annegamento**
- Fuoco**
- Ferite da taglio**
- Soffocamento**
- Armi da fuoco**
- Elettrocuzione**
- Altro:** .....

**Riportare in maniera dettagliata le circostanze del decesso:** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

