

LAST-RDLithium And
Standard Therapy in
Resistant DepressionWorld 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 random. STANDARD THERAPY✓ **Riportare qui sotto la TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE:**

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

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

- Nell'ultimo mese quante volte è stato visto il paziente (considerare qualsiasi tipo di contatto)?
 0 1 2 3 4 (o più)

La scheda compilata va poi spedita al Centro OMS di Verona tramite fax (045 8027498)
oppure via e-mail: studio.last@ateneo.univr.it

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Se il paziente è VIVO, specificare se nell'ultimo mese ha compiuto:

- Nessun gesto autolesivo
- Uno o più gesti autolesivi

GESTO AUTO-LESIVO

PER "GESTO AUTOLESIVO" SI INTENDE QUALSIASI ATTO INTENZIONALMENTE COMPIUTO PER PROCURARSI LESIONI PERSONALI (AD ESEMPIO, INGESTIONE INCONGRUA O LESIONE FISICA), A PRESCINDERE DALLA MOTIVAZIONE CHE HA CONDOTTO A TALE ATTO O COMPORTAMENTO.

Se il paziente ha compiuto uno o più gesti autolesivi, compilare quanto segue (nella tabella riportare in alto la data di ciascun eventuale gesto autolesivo e poi barrare la casella corrispondente per specificare il tipo di gesto autolesivo compiuto; più sotto, aggiungere una breve descrizione del gesto o dei gesti autolesivi avvenuti):

Tipo di gesto	Numero di gesti: _ _ _			
	Data (_ .G_ _ .M_ _ .A_ _ .A_)			
	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _
Impiccagione/strangolamento				
Auto-avvelenamento				
Avvelenamento monossido carbonio				
Defenestrazione/danno multiplo				
Incidente stradale				
Annegamento				
Fuoco				
Ferite da taglio				
Soffocamento				
Armi da fuoco				
Elettrocuzione				
Altro gesto autolesivo				

✓ Descrivere precisamente la modalità, le circostanze e gli eventuali esiti di tale gesto (o tali gesti, se più di uno):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....