

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 12 – COORTE randomizzata al LITIO

- ✓ Litiemia più recentemEq/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)
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.

Domande da porre al paziente

Si è sentito costantemente triste, depresso o abbattuto per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni, nel corso delle ultime due settimane? SI' NO

Nel corso delle ultime due settimane, si è sentito quasi sempre privo di interesse per la maggior parte delle cose o ha perso la capacità di provare piacere per ciò che prima le dava piacere? SI' NO

Nel corso delle due settimane durante le quali si sentiva depresso o privo di interessi...

L'appetito era diminuito o aumentato quasi ogni giorno? SI' NO

Il peso era diminuito o aumentato senza che lei lo volesse ($\pm 5\%$)? SI' NO

Aveva quasi ogni notte problemi nel dormire (difficoltà ad addormentarsi, svegliarsi nel cuore della notte, risvegli mattutini precoci o dormire troppo)? SI' NO

Si rendeva conto che parlava o si muoveva più lentamente del solito oppure si sentiva agitato, irrequieto, incapace di stare seduto tranquillo quasi ogni giorno? SI' NO

Si sentiva stanco o senza energia quasi ogni giorno? SI' NO

Si sentiva di non valere nulla oppure di essere in colpa quasi ogni giorno? SI' NO

Le era difficile concentrarsi o prendere decisioni quasi ogni giorno? SI' NO

Ha preso ripetutamente in considerazione l'idea di farsi del male, di suicidarsi o ha desiderato di essere morto? SI' NO

I sintomi di depressione di cui abbiamo parlato le causavano disagio oppure compromettevano la sua capacità lavorativa, le sue relazioni sociali o interferivano in qualche altra maniera importante? SI' NO

Questi sintomi sono dovuti interamente alla perdita di una persona cara (lutto) e sono simili per gravità, grado di compromissione e durata a quelli che la maggior parte delle persone avrebbe presentato in circostanze analoghe? SI' NO

Immediatamente prima che iniziassero questi disturbi, prendeva dei medicinali oppure sostanze? SI' NO

Immediatamente prima che iniziassero questi disturbi, aveva qualche malattia fisica? SI' NO

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

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 (_ . _ . _ / _ . _ . _ . _ . _ . _)			
	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _
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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DA COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE (o con l'aiuto del medico, se necessario)

Per ogni argomento faccia una crocetta sulla risposta che meglio descrive la sua situazione negli ultimi sette giorni.

1. Addormentarsi:

- Non impiego mai più di 30 minuti per addormentarmi.
- Impiego almeno 30 minuti per addormentarmi, meno della metà delle volte.
- Impiego almeno 30 minuti per addormentarmi, più della metà delle volte.
- Impiego più di 1 ora per addormentarmi, più della metà delle volte.

2. Sonno durante la notte:

- Non mi sveglio durante la notte.
- Ho un sonno disturbato e leggero con pochi e brevi risvegli ogni notte.
- Mi sveglio almeno una volta durante la notte, ma mi riaddormento facilmente.
- Mi sveglio più di una volta durante la notte e rimango sveglio/a per 20 minuti o più, più della metà delle volte.

3. Svegliarsi troppo presto:

- La maggior parte delle volte mi sveglio con 30 minuti o meno di anticipo rispetto a quando dovrei alzarmi.
- Più della metà delle volte mi sveglio con più di 30 minuti di anticipo rispetto a quando dovrei alzarmi.
- Mi sveglio quasi sempre almeno 1 ora prima di quando dovrei alzarmi, ma dopo un po' mi riaddormento.
- Mi sveglio almeno 1 ora prima di quando dovrei alzarmi e non riesco più a riaddormentarmi.

4. Dormire troppo:

- Non dormo più di 7-8 ore a notte, senza sonnellini durante il giorno.
- Non dormo più di 10 ore durante le 24 ore tenendo conto dei sonnellini.
- Non dormo più di 12 ore durante le 24 ore tenendo conto dei sonnellini.
- Dormo più di 12 ore durante le 24 ore tenendo conto dei sonnellini.

5. Sentirsi triste:

- Non mi sento triste.
- Mi sento triste meno della metà del tempo.
- Mi sento triste più della metà del tempo.
- Mi sento quasi sempre triste.

6. Diminuzione dell'appetito:

- Nessuna diminuzione del mio appetito abituale.
- Mangio un po' meno spesso o meno cibo del solito.
- Mangio molto meno del solito e solo sforzandomi.
- Mangio raramente durante le 24 ore e soltanto sforzandomi o quando altre persone insistono a farmi mangiare.

7. Aumento dell'appetito:

- Nessun aumento del mio appetito abituale.
- Sento il bisogno di mangiare più frequentemente del solito.
- Mangio regolarmente più spesso e/o più cibo del solito.
- Sento il bisogno di mangiare più del solito sia ai pasti che lontano dai pasti.

8. Dimagrimento (durante le ultime due settimane):

- Nessuna diminuzione di peso.
- Mi sento come se fossi dimagrito/a un po'.
- Sono dimagrito/a di 1 chilo o più.
- Sono dimagrito/a di 2 chili o più.

9. Aumento di peso (durante le ultime due settimane):

- Nessun aumento di peso.
- Mi sento come se fossi ingrassato/a un po'.
- Sono ingrassato/a di 1 chilo o più.
- Sono ingrassato/a di 2 chilo o più.

10. Concentrazione/Capacità di prendere decisioni:

- Nessun cambiamento rispetto alla mia normale capacità di concentrarmi o di prendere decisioni.
- Occasionalmente mi sento indeciso/a o mi rendo conto che la durata della mia attenzione è limitata.
- La maggior parte delle volte faccio fatica a concentrarmi o a prendere decisioni.
- Non riesco a concentrarmi abbastanza bene per leggere o prendere anche decisioni di poca importanza.

11. L'opinione che ho di me stesso/a:

- Mi considero una persona utile e degna al pari delle altre.
- Mi sento più in colpa del solito.
- Credo decisamente di essere la causa dei problemi degli altri.
- Penso quasi costantemente ai miei grandi e piccoli difetti.

12. Pensieri di morte o di suicidio:

- Non penso al suicidio o alla morte.
- Penso che la vita sia vuota o mi chiedo se valga la pena di vivere.
- Penso al suicidio o alla morte più volte alla settimana per diversi minuti.
- Penso al suicidio o alla morte nei minimi particolari più volte al giorno oppure ho elaborato piani specifici di suicidio o ho veramente tentato di togliermi la vita.

13. Interesse generale:

- Nessun cambiamento rispetto al solito nel mio interesse verso gli altri o le attività.
- Noto che sono meno interessato/a agli altri o alle attività.
- Mi rendo conto di provare interesse solo per una o due delle attività che facevo precedentemente.
- Non ho quasi alcun interesse per le attività che facevo precedentemente.

14. Livello di energia:

- Nessun cambiamento nel mio solito livello di energia.
- Mi stanco più facilmente del solito.
- Devo fare un grande sforzo per iniziare o finire le cose che devo fare tutti i giorni (per esempio fare acquisti, studiare, cucinare o andare a lavorare).
- Non posso semplicemente svolgere la maggior parte delle cose che devo fare tutti i giorni perché non ho energia.

15. Rallentamento:

- Penso, parlo e mi muovo con il mio solito ritmo.
- Trovo che i miei pensieri rallentino o che la mia voce suoni monotona o piatta.
- Impiego diversi secondi per rispondere alla maggior parte delle domande e sono certo/a che i miei pensieri sono rallentati.
- Spesso sono incapace di rispondere alle domande senza fare una gran fatica.

16. Sentirsi irrequieto/a:

- Non mi sento irrequieto/a.
- Sono spesso irrequieto/a, mi torco le mani o ho bisogno di cambiare posizione quando sono seduto/a.
- Ho il bisogno improvviso di muovermi in continuazione e sono piuttosto irrequieto/a.
- A volte sono incapace di stare seduto/a e ho bisogno di camminare avanti e indietro.