

**LAST-RD**Lithium 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 3 – COORTE random. STANDARD THERAPY**✓ **Riportare qui sotto la TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE:**

	<b>Farmaco</b>	<b>Dose (mg/die)</b>
<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.**

- 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](mailto: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): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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.