

## 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:



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

Centro reclutante: .....

### **SCHEDA FOLLOW UP – MESE 4 – COORTE random. STANDARD THERAPY**

✓ **Riportare qui sotto la TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE:**

	<i>Farmaco</i>	<i>Dose (mg/die)</i>
<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 (1.G./11.G./11.M./11.A./11.A.1)			
	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _
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): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....