

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 9 – 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:

.....

