

KWESTIONARIUSZ OCENY WSPÓŁPRACY PACJENTA

LECZONEGO LEKAMI PRZECIWPSYCHOTYCZNYMI

(UZUPEŁNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ)



Rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Str. Nr 1

Imię i nazwisko pacjenta

Data wizyty [][]. [][]. [][][][]

Informacje o osobie, od której zebrano wywiad dotyczący stosowania leków

Rozpoznanie Kod ICD 10 [**F**] [][]. []

Pacjent/pacjentka leczony/a lekami neuroleptycznymi w następującym schemacie:

został/a poinformowany/a o konieczności leczenia, jego metodzie - lekach, ich dawkowaniu i formie podawania.

W ostatnim okresie, trwającym stwierdzono:

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w przedmiocie przyjmowania leku w zalecanej dawce i w zalecony sposób; | TAK | NIE |
| 2. stosowanie leków i ich dawek niezgodnych z zaleceniem lekarza; | TAK | NIE |
| 3. dokonywanie przerw w przyjmowaniu leków, które nie są zalecane przez lekarza ani uzasadnione medycznie; | TAK | NIE |
| 4. niezgłaszanie się na kolejne wizyty do lekarza w sytuacji, gdy powoduje to niezalecane zmiany w przyjmowaniu leków; | TAK | NIE |
| 5. niewłaściwe stosowanie się do zaleceń utrzymujące się pomimo prób zmiany postępowania chorego. | TAK | NIE |

Stopień współpracy pacjenta ocenia się jako:

właściwy	<input type="checkbox"/>
częściowy	<input type="checkbox"/>
brak współpracy	<input type="checkbox"/>
uporczywy brak współpracy	<input type="checkbox"/>

Uwagi dotyczące punktów 1-5:

Imię i nazwisko pacjenta

OBJAWY PSYCHOTYCZNE STWIERDZANE PODCZAS WIZYTY

(pozytywne, negatywne, afektywne, poznawcze, dezorganizacji)

Podczas wizyt kontrolnych należy uwzględnić zmianę ich stopnia nasilenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE WYNIKAJĄCE ZE STOPNIA WSPÓŁPRACY PACJENTA,
UWZGLĘDNIAJĄCE DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG LECZENIA:**

Kontynuacja dotychczasowego leczenia
Zmiana dawkowania stosowanego leku
Zmiana formy podania stosowanego leku
Zmiana dotychczas stosowanego leku
Inne

Szczegółowe informacje dotyczące postępowania terapeutycznego:

Rp.:

Zalecana wizyta kontrolna za [] [] tygodni (nie dłużej niż 12 tygodni).

.....
Pieczętka i podpis lekarza