

# 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