

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Data wizyty

[ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ]

Informacje o osobie, od której zebrano wywiad dotyczący stosowania leków

.....

Rozpoznanie .....

Kod ICD 10 [F] [ ][ ] . [ ][ ]



**KWESTIONARIUSZ OCENY WSPÓŁPRACY PACJENTA**  
**LECZONEGO LEKAMI PRZECIWPSTYCHOTYCZNYMI**  
(UZUPEŁNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ)  
Rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne



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

[Empty box for patient treatment details]

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

W ostatnim okresie, trwającym ..... stwierdzono:

- |   |   |     |     |
|---|---|-----|-----|
| 1 | niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w przedmiocie przyjmowania leku w zaleconej dawce i w zalecony sposób; | TAK | NIE |
| 2 | stosowanie leków i ich dawek niezgodnie 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 mimo prób zmiany postępowania chorego                         | TAK | NIE |

Stopień współpracy pacjenta ocenia się jako:

- właściwy
- częściowy
- brak
- uporczywy brak

Uwagi dotyczące punktów 1-5

[Empty box for notes regarding points 1-5]

**OBJAWY PSYCHOTYCZNE STWIERDZANE PODCZAS WIZYTY**

(pozytywne, negatywne, afektywne, poznawcze, dezorganizacyjne)

Podczas wizyt kontrolnych należy uwzględnić zmianę ich stopnia nasilenia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**POSTĘPOWANIE TERAPETYCZNE 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

Szczegółowe informacje dotyczące postępowania terapeutycznego:

Rp.:

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

.....  
Pieczęć i podpis lekarza