



CENTRO STUDI *GISED*



Regione Lombardia

**REGISTRO REGIONALE DI GRAVI EVENTI AVVERSI
DERMATOLOGICI ATTRIBIBILI A FARMACI**

REACT - Lombardia

Case Record Form - Questionario

Intervista no.

C S G

ospedale numero

screening numero

SJS/TEN

AGEP

HSS/DRESS

ALTRO _____

Questo è un documento riservato di grande importanza per la ricerca medica. In caso di smarrimento, chiunque lo trovi è cortesemente pregato di spedirlo al seguente indirizzo:

**Centro Studi GISED
- FROM – P.O. Matteo Rota**

REACT - Lombardia

Intervista no.
C S G

DATI DEL PAZIENTE

Screening number

Età

regione e provincia di nascita

Sesso

maschio

femmina

Morte prima dell'intervista

no

sì

Partecipazione
concordata con il paziente

registro

studio di coorte

DATI DELL'OSPEDALE

Ospedale che segnala / dipartimento

data di ricovero

--	--	--	--	--	--

REPARTO DI TRATTAMENTO

- 1. Reparto ustionati
- 2. Dip. di Dermatologia
- 3. Reparto di terapia intensiva
- 4. Dip. di Pediatria
- 5. Medicina interna
- 6. Altro: _____
(specificare)

Trasferimento da uno o più ospedali all'ospedale che segnala/di cura

- no
- sì
- non noto

Se sì, primo ospedale: _____

data di ricovero

--	--	--	--	--	--

Valutazione retrospettiva (indicare "sì" solo se l'intervista avviene dopo un mese dalla dimissione o dalla morte del paziente)

- no
- sì

Sviluppo della reazione cutanea

- prima del ricovero
- durante la degenza ospedaliera

DIAGNOSI E DECORSO CLINICO

Diagnosi di ammissione

1) _____

2) _____

3) _____

Data

sintomatologia clinica in ordine cronologico

Febbre

no

sì

non noto

Se sì,

data di comparsa

data di normalizzazione

temperatura febbrile più alta (°C)

SOLAMENTE NEI CASI DI SJS / TEN

SINTOMI CUTANEI

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
Bruciore, dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Eritema, esantema Se sì,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- maculopapulare / morbilliforme		<input type="checkbox"/>			
- orticarioide		<input type="checkbox"/>			
- eritema esteso e diffuso (senza macule)		<input type="checkbox"/>			
- altro: _____ (specificare)		<input type="checkbox"/>			

	no	sì	non noto	data di comparsa	
Lesioni a bersaglio Se sì,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
- lesioni a bersaglio tipiche		<input type="checkbox"/>			<u>distribuzione:</u>
- lesioni a bersaglio atipiche in rilievo		<input type="checkbox"/>			principalmente arti <input type="checkbox"/>
- lesioni a bersaglio atipiche piatte		<input type="checkbox"/>			diffuse <input type="checkbox"/>
- macule					altro <input type="checkbox"/>
- tipo di lesioni a bersaglio non note		<input type="checkbox"/>			_____ (specificare)

	no	sì	non noto	data di comparsa
Bolle / erosioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Segno di Nikolski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Distacco epidermico > 5 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Localizzazione della prima bolla / erosione: _____

Massima estensione dell'eritema (percentuale in relazione al BSA)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	data del picco	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Massima estensione del distacco (percentuale in relazione al BSA)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* se già risolto prima del ricovero

SOLAMENTE NEI CASI DI SJS / TEN

SINTOMI MUCOSI

	no	sì	non noto		
Occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se sì				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore pungente, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- arrossamento		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- congiuntivite severa / blefarite		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- diagnosi di un oculista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data della diagnosi	
				<input type="text"/>	

Se sì, specificare _____

	no	sì	non noto		
Labbra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se sì,				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore pungente, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- gonfiore, edema		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- erosioni, croste emorragiche		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	no	sì	non noto		
Mucosa orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se sì,				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore pungente, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- gonfiore, edema		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- erosioni, croste emorragiche		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

* se già risolto prima del ricovero

C S G

SOLAMENTE NEI CASI DI SJS / TEN

	no	sì	non noto		
Mucosa genitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se sì,				data di comparsa	data di normalizzazione*
- dolore, bruciore		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- gonfiore, edema		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
- erosioni, croste emorragiche		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
Erosioni di altre mucose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se sì, specificare: _____

se già risolto prima del ricovero

C S G [][][][]

SOLAMENTE NEI CASI DI AGEP

SINTOMI CUTANEI

Sintomi soggettivi

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di risoluzione*
Bruciore, dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Eritema, esantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]

Se sì,

- eritema diffuso	<input type="checkbox"/>	<u>localizzazione dell'esantema:</u> principalmente pieghe cutanee <input type="checkbox"/> diffuso <input type="checkbox"/> viso <input type="checkbox"/> altro: <input type="checkbox"/> _____ (specificare)
- orticarioide	<input type="checkbox"/>	
- maculopapulare	<input type="checkbox"/>	
- porpora	<input type="checkbox"/>	
- lesioni a bersaglio	<input type="checkbox"/>	
- altro: _____ (specificare)	<input type="checkbox"/>	

Massima estensione dell'esantema [][][]
(percentuale in relazione al BSA)

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di risoluzione*
Edema del viso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]

* se già risolto prima dell'intervista

SOLAMENTE NEI CASI DI AGEP

Pustole no sì non noto

Se sì,

		data di comparsa	data di risoluzione*
- poche (< 25)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- molte (≥ 25)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- follicolari	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- non follicolari	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Localizzazione delle pustole:

- principalmente pieghe cutanee

- escluse le pieghe cutanee

- diffuse

- viso

- altro: _____
(specificare)

Bolle / distacco epidermico > 5cm no sì non noto data di comparsa data di risoluzione*

Se sì,

Massima estensione del distacco
(percentuale in relazione al BSA)

Desquamazione post-pustolare no sì non noto data di comparsa data di risoluzione*

* se già risolto prima dell'intervista

C S G

SOLAMENTE NEI CASI DI AGEP

EROSIONI MUCOSE

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di risoluzione*
Labbra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Genitali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESAMI DI LABORATORIO

- Leucociti

Al momento del ricovero: _____ / μ l non eseguito

Valore più alto: _____ / μ l data del picco

- Neutrofili

Al momento del ricovero: _____ / μ l

Valore più alto: _____ / μ l

- Eosinofili

Al momento del ricovero: _____ / μ l

Valore più alto: _____ / μ l

* se già risolto prima dell'intervista

C S G [][][][]

SOLAMENTE NEI CASI DI HSS / DRESS

SINTOMI CUTANEI

	no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
Bruciore, dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Esantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Se sì,					
- maculopapulare / morbilliforme		<input type="checkbox"/>			
- orticarioide		<input type="checkbox"/>			
- eritema confluyente		<input type="checkbox"/>			
- dermatite esfoliativa		<input type="checkbox"/>			
- altro _____ (specificare)		<input type="checkbox"/>			
	no	sì	non noto		
Lesioni specifiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se sì,				data di comparsa	
- lesioni a bersaglio		<input type="checkbox"/>		[][][][][][][][]	
- pustole		<input type="checkbox"/>		[][][][][][][][]	
- porpora		<input type="checkbox"/>		[][][][][][][][]	
- placche infiltrate		<input type="checkbox"/>		[][][][][][][][]	
- lesioni eczematose		<input type="checkbox"/>		[][][][][][][][]	
	no	sì	non noto	data di comparsa	
Desquamazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	
Bolle / erosioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	
Segno di Nikolski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	
				data del picco	
Massima estensione dell'eritema (percentuale in relazione al BSA)		[][][]		[][][][][][][][]	
		[][][]		[][][][][][][][]	
Massima estensione del distacco (percentuale in relazione al BSA)		[][][]		[][][][][][][][]	
	no	sì	non noto	data di comparsa	
Edema del viso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[][][][][][][][]	

Altre localizzazioni dell'edema: _____
(specificare)

* se già risolto prima del ricovero

C	S	G				
---	---	---	--	--	--	--

SOLAMENTE NEI CASI DI HSS / DRESS

SINTOMI MUCOSI no sì non noto

Se sì, specificare

	data di comparsa	data di normalizzazione*
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CONTA LEUCOCITARIA

Eosinofili 1500 / μ l no sì non eseguito data della diagnosi

Linfociti atipici

* se già risolto prima del ricovero

SOLAMENTE NEI CASI DI HSS / DRESS

**COINVOLGIMENTO DEGLI ORGANI A PARTIRE DA 2 SETTIMANE PRIMA DEL RICOVERO
FINO AL MOMENTO DELL'INTERVISTA**

CUORE / MUSCOLI no sì non noto

Se sì, specificare :

data della diagnosi

- Dolore del torace

data di comparsa

- Palpitazioni

- ECG patologico

Se sì, specificare :

data della diagnosi

- Dolore muscolare o debolezza

data di comparsa

TRATTO GASTROINTESTINALE

Se sì, specificare :

data della diagnosi

- Dolore addominale

data di comparsa

- Diarrea

- Disfagia

Ingrandimento della MILZA

Se sì, specificare :

data della diagnosi

- Linfonodi palpabili > 1cm
(almeno in due localizzazioni)

PER TUTTI I CASI

ULTERIORI INFORMAZIONI PER CONFERMARE IL CASO

	no	sì	non noto
Fotografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosi di un dermatologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, specificare : _____

Altro: _____

PARAMETRI – SCORTEN (entro 3 giorni dal ricovero)

	no	sì	non eseguito
- Azotemia > 10 mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, valore più alto: _____ mmol/l			
- Glicemia > 14 mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, valore più alto: _____ mmol/l			
- Bicarbonati plasmatici < 20 mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, valore più basso: _____ mmol/l			
- Pulsazioni cardiache > 120 /min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	no	sì	non noto	data della diagnosi						
Infezione da micoplasma nei 2 mesi precedenti il ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

Se sì, metodi analitici:

- sierologia
- isolamento del microorganismo
- Imaging del torace

Intervista no.
C S G

**SINTOMI / EVENTI VERIFICATISI NELLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'ATTUALE
REAZIONE CUTANEA**

Herpes labiale

no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Soffre spesso di herpes labiale?

no	sì	non noto	data dell'ultima manifestazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Herpes genitale

no	sì	non noto	data di comparsa	data di normalizzazione*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Soffre spesso di herpes genitale?

no	sì	non noto	data dell'ultima manifestazione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* se già risolto prima del ricovero

HA MAI SOFFERTO IN PASSATO DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE?

	no	sì	non noto	anno della prima manifestazione
- dermatite atopica / eczema infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

- ha avuto una diagnosi di psoriasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Grave reazione cutanea da farmaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

Se sì, specificare: _____

	no	sì	non noto
Gravi patologie epatiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì,

(specificare)

	no	sì	non noto
Gravi patologie renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì,

(specificare)

	no	sì	non noto
Malattie reumatiche / autoimmuni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, - artrite reumatoide

- lupus eritematoso sistemico

- altro:

(specificare)

C S G [][][][]

Altre patologie

no sì non noto

anno della prima
manifestazione

- Diabete mellito

- Patologia convulsiva / epilessia

- Rinite allergica

- Asma

- Malattia infiammatoria
dell'intestino

 * Colite ulcerosa

 * Morbo di Crohn

- Patologie maligne / cancro

Se sì, specificare: _____

Terapia radiante

no sì non noto

data della terapia
più recente

Si è mai sottoposto a raggi X
o a terapia radiante
(non radiazioni UV)?

Se sì, per quale indicazione terapeutica?

- linfoma _____
(specificare)

- tumore cerebrale _____
(specificare)

- altra causa: _____
(specificare)

ANAMNESI FARMACOLOGICA RELATIVA ALLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'OSPEDALIZZAZIONE

data del ricovero

nessun uso di farmaci

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco no sì non noto **Se sì**, specificare: _____

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco no sì non noto **Se sì**, specificare: _____

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco

no sì non noto

Se sì, specificare: _____

ANAMNESI FARMACOLOGICA RELATIVA ALLE 4 SETTIMANE PRECEDENTI L'OSPEDALIZZAZIONE

data del ricovero

nessun uso di farmaci

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco

no sì non noto

Se sì, specificare: _____

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco no sì non noto **Se sì**, specificare: _____

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione avversa al farmaco no sì non noto **Se sì**, specificare: _____

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione no sì non noto

avversa al farmaco

Se sì, specificare: _____

Farmaco	Dose	Via di somministrazione	Inizio dell'assunzione			Termine dell'assunzione			Frequenza
			Giorno	mese	anno	Giorno	mese	anno	
_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indicazione terapeutica			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

assunzione precedente no sì non noto

Se sì, ha avuto una qualsiasi reazione no sì non noto

avversa al farmaco

Se sì, specificare: _____

Ha mai avuto una reazione avversa da farmaco?

no

sì

non noto

Se sì,

Farmaco: _____

Tipo di reazione: _____

Farmaco: _____

Tipo di reazione: _____

Farmaco: _____

Tipo di reazione: _____

Farmaco: _____

Tipo di reazione: _____

Farmaco: _____

Tipo di reazione: _____

C	S	G				
---	---	---	--	--	--	--

FOGLIO DI DIMISSIONE

Diagnosi di dimissione

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Esito del presente ricovero:

1. Decesso

data del decesso

--	--	--	--	--	--	--

2. Dimissione

data della dimissione

--	--	--	--	--	--	--