PsyLab
BIOCHEMICZNE ZDROWIE PSYCHICZNE
ANALIZA · TEST · PRÓBKA · WSPARCIE ŻYWIENIOWE

Formularz zamówienia WZÓR

Stopniowe zmniejszanie dawki antydepresantów w paskach

Jak postępować

1. Pacjent wypełnia **część A** — pomożemy w tym podczas konsultacji z PsyLab.
2. Lekarz lub psychiatra sprawdza dane, wypełnia **część B**, podpisuje formularz i przystawia pieczątkę. Podpisany formularz pełni funkcję recepty.
3. PsyLab wysyła formularz zabezpieczonym e-mailem do wyspecjalizowanej apteki.
4. Apteka przygotowuje paski i wysyła je na adres pacjenta. Pacjent i lekarz otrzymują potwierdzenie e-mailem.
5. W trakcie zmniejszania pacjent prowadzi **dziennik w części C** i pozostaje w kontakcie z lekarzem.

Rodzaje pasków

Pasek zmniejszający
28 ponumerowanych saszetek, dawka stopniowo maleje.

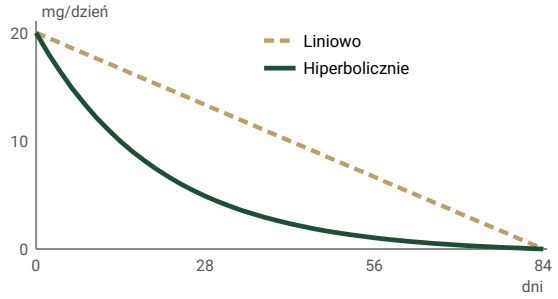
Pasek stabilizacyjny
28 saszetek z tą samą dawką — gdy trzeba na pewien czas wstrzymać zmniejszanie.

Pasek przejściowy
przy zmianie jednego leku na inny według zaleceń lekarza.

Sposób zmniejszania

Liniowo: każdego dnia dawka spada o tę samą liczbę miligramów.

Hiperbolicznie: dawka spada o ten sam procent — kroki w miligramach są coraz mniejsze. Przy niskich dawkach jest to łagodniejsze.



Ważne informacje

- Paski nie zastępują opieki lekarza. Nigdy nie zmniejszaj ani nie odstawiaj leków na własną rękę.
- Jeśli pojawią się silne objawy, tempo można zwolnić lub na pewien czas ustabilizować dawkę — zawsze w porozumieniu z lekarzem.
- Objawy odstawienne pojawiają się zwykle w ciągu kilku dni od zmniejszenia dawki; nawrót pierwotnych dolegliwości następuje zwykle później i stopniowo.
- Pacjent płaci za leki i przesyłkę bezpośrednio aptece. Ubezpieczyciele zwykle nie refundują pasków.
- PsyLab jest pośrednikiem — nie przepisuje ani nie wydaje leków i nie ustala tempa zmniejszania.

Formularz zamówienia WZÓR

Stopniowe zmniejszanie dawki antydepresantów w paskach

Część A — Pacjent (wypełnia pacjent)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Płeć

Ulica i numer

Kod pocztowy i miasto

Kraj

E-mail

Telefon

Lek, który chcesz zmniejszać

Powód przepisania (diagnoza / dolegliwości)

Jak długo przyjmujesz lek

☐ mniej niż 1 rok ☐ 1 – 2 lata ☐ 2 – 5 lat ☐ 5 – 10 lat ☐ ponad 10 lat

Jak się obecnie czujesz

☐ bez dolegliwości ☐ częściowo ☐ dolegliwości utrzymują się

Co Cię dotyczy (zaznacz)

☐ objawy odstawienne po pominięciu dawki
☐ wcześniejsza nieudana próba odstawienia
☐ wolny metabolizm leku (np. wg testu PGx)
☐ trudności na początku leczenia
☐ obawy przed zmniejszaniem
☐ trudno odróżnić nawrót od objawów odstawiennych
☐ wysoka dawka
☐ wcześniejsza zmiana leku

Dlaczego chcesz zmniejszyć lek

Inne leki i suplementy, które przyjmujesz

Pożądany okres zmniejszania (miesiące)

Część B — Recepta (wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko lekarza

Specjalizacja

Miejsce pracy i adres

Numer prawa wykonywania zawodu

E-mail

Telefon

Sposób

☐ liniowo ☐ hiperbolicznie

Rodzaj paska

☐ zmniejszający ☐ stabilizacyjny ☐ przejściowy

Lek (INN)	Najmniejsza jednostka (mg)	Pora przyjmowania	Dawka początkowa (mg/dzień)	Dawka końcowa (mg/dzień)	Liczba pasków	Dni na pasek
Przykład: Sertraline	*0,5*	*rano*	*50*	*25*	*2*	*28*

Dla każdej pory przyjmowania (rano, południe, wieczór, noc) wypełnij osobny wiersz. Jeden pasek = 28 dni.

Najmniejsze jednostki dla antydepresantów (mg)

Agomelatine **1** Amitriptyline **0,1** Bupropion **5** Citalopram **0,1** Clomipramine **0,5** Escitalopram **0,05** Fluoxetine **0,1** Fluvoxamine **0,5** Mirtazapine **0,1** Nortriptyline **0,1** Paroxetine **0,1** Sertraline **0,5** Trazodone **1** Venlafaxine retard **0,5**

☐ Pacjent wyraża zgodę na przetwarzanie danych i wysłanie formularza do apteki.

☐ Lekarz potwierdza, że będzie monitorował pacjenta w trakcie i po zmniejszaniu.

Data

Podpis i pieczątka lekarza

Podpis pacjenta

Część C — Dziennik (wypełnia pacjent w trakcie zmniejszania)

Raz w tygodniu oceń w skali 0 – 10 (0 = brak dolegliwości, 10 = bardzo silne). W razie wyraźnego pogorszenia skontaktuj się z lekarzem.

Tydzień	Dawka (mg/dzień)	Sen	Nastrój	Lęk / niepokój	Objawy fizyczne*	Uwagi
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

* np. zawroty głowy, krótkie „elektryczne” odczucia w głowie, nudności, objawy grypopodobne