

| | | | |
|---------------|--|------------|--|
| Patient Name | | NHS Number | |
| Date of Birth | | Height | |

ANTIPSYCHOTIC MONITORING FORM: INITIATION (first 12 months of treatment)

| | Amisulpride | Aripiprazole | Clozapine | Olanzapine | Quetiapine | Risperidone/ Paliperidone | Lurasidone | Typical Agents | Baseline | Week 1 | Week 2 | Week 3 | Week 4 | Week 6 | Week 12 | 12 months |
|--------------------------|-------------|--------------|-----------|------------|------------|------------------------------|------------|----------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|
| | | | | | | | | | Please write exact date of tests on the results boxes below with either: Value or code as: N=Normal A=Abnormal | | | | | | | |
| Weight (Kg) | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | | | | | | | |
| BMI | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | | | | | | | |
| Waist Circumference | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | NR | NR | NR | NR | NR | NR | |
| BP Pulse | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | / | NR | NR | NR | NR | NR | / | / |
| Blood lipids | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | NR | NR | NR | NR | NR | | |
| ECG | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | NR | NR | NR | NR | NR | NR | |
| FBC | NR | NR | SM | NR | NR | NR | NR | NR | | NR | NR | NR | NR | NR | | |
| FPG HbA _{1c} | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | NR | NR | NR | NR | NR | | |
| Prolactin | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | NR | NR | NR | NR | NR | | |
| LFTs | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | | NR | NR | NR | NR | NR | NR | NR |
| U&Es | C | C | C | C | C | C | C | C | | NR | NR | NR | NR | NR | NR | NR |
| Side Effects | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | NR | | | | | | | |
| Movement Disorders | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | NR | | | | | | | |
| Treatment Response | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | NR | | | | | | | |
| Adherence | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y | NR | | | | | | | |

| | | | |
|----|---|----|--|
| SM | specific monitoring is required under the terms of the SPC | NR | no requirement for monitoring this parameter unless clinically indicated |
| C | not required by NICE, although could be used for choice of antipsychotic or if clinically indicated | Y | monitoring required |