

Patient Name		NHS Number	
Date of Birth		Height	

### ANTIPSYCHOTIC MONITORING FORM: MAINTENANCE (From 1<sup>st</sup> year of treatment)

All tests listed as Y or B have to be completed at least **Annually** after the first 12 months of treatment. Also, specific parameters are also recommended on dose changes or introduction of other medication/lifestyle changes that could affect patients health.

Please write exact date of tests on the results boxes below with either the Result **Value** or codes: **N=Normal ; A=Abnormal**

	Amisulpride	Aripiprazole	Clozapine	Olanzapine	Quetiapine	Risperidone/ Paliperidone	Lurasidone	Typical Agents										
<b>Weight (Kg)</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>BMI</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>Waist Circumference</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>BP</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Pulse</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>Blood lipids</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>ECG</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>FBC</b>	NR	NR	SM	NR	NR	NR	NR	NR										
<b>FPG</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>HbA<sub>1c</sub></b>																		
<b>Prolactin</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>LFTs</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>U&amp;Es</b>	C	C	C	C	C	C	C	C										
<b>Side Effects</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>Movement Disorders</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>Treatment Response</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										
<b>Adherence</b>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y										

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