

Piano Terapeutico per la prescrizione di entacapone, entacapone-levodopa-carbidopa, rasagilina (da rinnovarsi semestralmente)

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____ Età _____

Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Età d'esordio della malattia (anni) _____ Sintomo d'esordio _____

Durata di malattia ad oggi anni /mesi _____ / _____

Terapia attuale:

- Levodopa/benserazide: dose giornaliera come L-Dopa in mg _____ n° di somministrazioni _____
- Levodopa/carbidopa: dose giornaliera come L-Dopa in mg _____ n° di somministrazioni _____
- Levodopa/carbidopa RM: dose giornaliera come L-Dopa in mg _____ n° di somministrazioni _____

Durata terapia con Levodopa (mesi) _____

- Dopamino-agonisti diretti Sì ☐ No ☐ specificare _____

Durata terapia con Dopamino-agonisti diretti (mesi) _____

- Apomorfina Sì ☐ No ☐
- Anticolinergici Sì ☐ No ☐
- Altro Sì ☐ No ☐ specificare _____
- Terapia neurochirurgica Sì ☐ No ☐ specificare _____

Strategie terapeutiche già effettuate:

- Aumento della dose di Levodopa rispetto all'inizio del trattamento Sì ☐ No ☐
- Frazionamento delle somministrazioni di Levodopa (almeno 4 somm/die) Sì ☐ No ☐
- Introduzione di formulazioni di Levodopa a Rilascio Modificato Sì ☐ No ☐
- Introduzione di Dopamino-agonisti diretti Sì ☐ No ☐

Parametri clinici : UPDRS parte 4 _____ (si veda retro)

Qualità della vita* _____ (si veda modulo allegato da conservare a cura del medico)

FARMACO PRESCRITTO

Comtan® ☐

Stalevo® ☐

Azilect® ☐

Prima prescrizione ☐ Posologia _____

Continuazione terapia ☐ Posologia _____

Data _____

Timbro e Firma del medico _____

UPDRS Parte IV : COMPLICAZIONI DOVUTE ALLA TERAPIA (nella settimana precedente l'osservazione)

DISCINESIE

- | | | | | | | |
|----|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Durata..... | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| 2. | Disabilità..... | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| 3. | Discinesie dolorose..... | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| 4. | Early Morning Dystonia..... | ☐ NO 0 | ☐ SI 1 | | | |

FLUTTUAZIONI CLINICHE

- | | | | | | | |
|----|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5. | Periodi OFF prevedibili..... | ☐ NO 0 | ☐ SI 1 | | | |
| 6. | Periodi OFF non prevedibili..... | ☐ NO 0 | ☐ SI 1 | | | |
| 7. | Periodi OFF improvvisi..... | ☐ NO 0 | ☐ SI 1 | | | |
| 8. | Parte del giorno in OFF..... | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |

ALTRE COMPLICAZIONI

- | | | | |
|-----|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 9. | Anoressia Nausea Vomito..... | ☐ NO 0 | ☐ SI 1 |
| 10. | Disturbi del sonno..... | ☐ NO 0 | ☐ SI 1 |
| 11. | Ipotensione ortostatica..... | ☐ NO 0 | ☐ SI 1 |

Totale UPDRS parte 4 (max 23).....

valore da riportare nel Piano Terapeutico

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DISCINESIE

1. Durata: in che percentuale si presentano le discinesie durante lo stato di veglia? (informazioni anamnestiche)

- 0 = Nessuna.
- 1 = 1-25% della giornata.
- 2 = 26-50% della giornata.
- 3 = 51-75% della giornata.
- 4 = 76-100% della giornata.

2. Disabilità: quanto invalidanti sono le discinesie?

(informazioni anamnestiche; possono essere modificate attraverso l'accertamento d'ufficio)

- 0 = Non invalidanti.
- 1 = Lievemente invalidanti.
- 2 = Moderatamente invalidanti.
- 3 = Severamente invalidanti.
- 4 = Completamente invalidanti.

3. Discinesie dolorose: quanto dolorose sono le discinesie?

- 0 = Assenza di discinesie dolorose.
- 1 = Lievi.
- 2 = Moderate.
- 3 = Severe.
- 4 = Marcate.

4. Presenza di distonia mattutina (notizie anamnestiche)

- 0 = No
- 1 = Sì

FLUTTUAZIONI CLINICHE

5. Ci sono dei periodi prevedibili di "off" come a determinare il tempo successivo ad una dose di farmaco?

- 0 = No
- 1 = Sì

6. Ci sono dei periodi imprevedibili di "off" come a determinare il tempo successivo ad una dose di farmaco?

- 0 = No
- 1 = Sì

7. I periodi di "off" insorgono rapidamente? (per esempio in pochi secondi)

- 0 = No
- 1 = Sì

8. In quale percentuale il paziente presenta uno stato di "off" nello stato di veglia?

- 0 = Nessuna.
- 1 = 1-25% della giornata.
- 2 = 26-50% della giornata.
- 3 = 51-75% della giornata.
- 4 = 76-100% della giornata.

ALTRE COMPLICAZIONI

9. Il paziente presenta anoressia, nausea o vomito?

- 0 = No
- 1 = Sì

10. Il paziente presenta qualche disturbo del sonno? (per esempio, insonnia o ipersonnia)

- 0 = No
- 1 = Sì

11. Il paziente presenta ortostatismo sintomatico?

- 0 = No
- 1 = Sì