

**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. | <i>Durata</i> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. | <i>Disabilità</i> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. | <i>Discinesie dolorose</i> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. | <i>Early Morning Dystonia</i> | <input type="checkbox"/> NO 0 | <input type="checkbox"/> SI 1 | | | |

FLUTTUAZIONI CLINICHE

- | | | | | | | |
|----|--|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5. | <i>Periodi OFF prevedibili</i> | <input type="checkbox"/> NO 0 | <input type="checkbox"/> SI 1 | | | |
| 6. | <i>Periodi OFF non prevedibili</i> | <input type="checkbox"/> NO 0 | <input type="checkbox"/> SI 1 | | | |
| 7. | <i>Periodi OFF improvvisi</i> | <input type="checkbox"/> NO 0 | <input type="checkbox"/> SI 1 | | | |
| 8. | <i>Parte del giorno in OFF</i> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

ALTRE COMPLICAZIONI

- | | | | |
|-----|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 9. | <i>Anoressia Nausea Vomito</i> | <input type="checkbox"/> NO 0 | <input type="checkbox"/> SI 1 |
| 10. | <i>Disturbi del sonno</i> | <input type="checkbox"/> NO 0 | <input type="checkbox"/> SI 1 |
| 11. | <i>Ipotensione ortostatica</i> | <input type="checkbox"/> NO 0 | <input type="checkbox"/> 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 = Si

FLUTTUAZIONI CLINICHE

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

- 0 = No
- 1 = Si

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

- 0 = No
- 1 = Si

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

- 0 = No
- 1 = Si

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 = Si

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

- 0 = No
- 1 = Si

11. Il paziente presenta ortostatismo sintomatico?

- 0 = No
- 1 = Si

Autovalutazione Qualità della Vita
 (da allegare al Piano Terapeutico per la prescrizione di Entacapone, Entacapone-Levodopa-Carbidopa, e Rasagilina)

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____ Età _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Dare il seguente punteggio per ciascuna risposta:

- Mai** 0 Significa che non ha mai avuto difficoltà durante la settimana
A volte 1 Significa che ha avuto difficoltà 1, 2, o 3 giorni durante la settimana
Spesso 2 Significa che ha avuto difficoltà 4, 5, 6, o 7 giorni durante la settimana

Nota: nelle caselle in grigio inserire la somma dei punteggi

Mobilità

Quante volte nella settimana passata lei:

1. Ha avuto difficoltà a girarsi nel letto?	
2. Ha avuto difficoltà ad alzarsi da una sedia?	
3. Ha avuto difficoltà a portare oggetti?	
4. Ha avuto difficoltà a girarsi durante il cammino?	
5. Ha avuto freezing o è stato incapace di camminare?	
6. Ha avuto un tremore evidente?	
7. Si è sentito instabile, malfermo?	
8. Ha avuto difficoltà a camminare dentro casa?	
9. Ha avuto difficoltà a camminare in mezzo alla gente?	
10. Ha avuto bisogno di qualcuno che l'accompagnasse fuori?	
11. Non ha fatto qualcosa che voleva fare?	
12. È caduto?	
Subscore per la Mobilità:	

Attività della vita quotidiana

Quante volte nella settimana passata lei:

13. Ha avuto difficoltà ad andare al gabinetto?	
14. Ha avuto difficoltà a fare la doccia o il bagno?	
15. Ha avuto difficoltà a farsi la barba o a truccarsi?	
16. Ha avuto difficoltà a vestirsi o svestirsi?	
17. Ha avuto difficoltà a scrivere in maniera leggibile?	
18. Ha avuto difficoltà ad alimentarsi?	
19. Ha avuto difficoltà a tenere una tazza o un bicchiere?	
20. Ha avuto difficoltà a deglutire?	
Mobility Index (Mobilità + ADL):	

Stato Emotivo

Quante volte nella settimana passata lei:

21. Si è sentito depresso?	
22. Si è sentito isolato o abbandonato?	

23. Si è sentito triste o ha avuto voglia di piangere?	
24. Ha provato rabbia o amarezza?	
25. Si è sentito ansioso o in tensione?	
26. Si è preoccupato per il futuro?	
27. Ha avuto difficoltà a dormire?	
28. Ha dovuto nascondere la sua malattia?	
29. Si è sentito imbarazzato per la malattia?	
30. Si è preoccupato per le reazioni degli altri verso di lei?	
Subscore Stato emotivo:	

Pensiero e comunicazione

Quante volte nella settimana passata lei:

31. Si è addormentato inaspettatamente durante il giorno?	
32. Ha avuto difficoltà a concentrarsi?	
33. Ha avuto difficoltà a ricordare	
34. Si è sentito danneggiato dagli altri?	
35. Ha fatto brutti sogni o ha avuto allucinazioni?	
36. Ha avuto difficoltà a parlare?	
37. Ha avuto difficoltà a leggere?	
38. Si è sentito ignorato?	
Subscore Pensiero e Comunicazione:	

Supporto sociale

Quante volte nella settimana passata lei:

39. Ha avuto difficoltà nelle relazioni interpersonali?	
40. Non ha avuto sostegno dal coniuge o dal partner?	
41. Non ha avuto sostegno dai familiari o dagli amici?	
42. Si è preoccupato per i farmaci o le pillole?	
Emotional Index (Stato Emotivo+Pensiero e Comun.+ Supp. Sociale):	

Funzioni corporee

Quante volte nella settimana passata lei:

43. Ha avuto difficoltà a fare sesso?	
44. Ha avuto difficoltà a urinare?	
45. Ha avuto stitichezza?	
46. Ha avuto scialorrea?	
47. Ha avuto vertigini?	
48. Si è sentito a corto di fiato?	
49. Ha avuto troppo caldo o troppo freddo?	
50. Ha avuto dolori muscolari o spasmi?	
Autonomic Index:	

Score globale Qualità della Vita: valore da riportare nel Piano Terapeutico	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
--	---

Indipendentemente dal risultato di questo test, come giudica la qualità della sua vita?

Buona

Cattiva