



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Consultorio/centro esperto/centro delegato
demenze
Città
Unità Operativa di ...
Resp.: dr....

LOGO AUSL

Piano Terapeutico - INSERIMENTO IN TERAPIA

DATA DELLA VISITA

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome Codice fiscale

CODICE PAZIENTE PER FLUSSO DATI (codice AUSL di 3 cifre + numerazione progressiva paziente di 4 cifre + identificativo centro demenze di 2 cifre)

Indirizzo.....

Comune di residenza () **DATA DI NASCITA** **SESSO** M F

Recapiti Telefonici

AUSL di residenza

Medico curante dr.

DIAGNOSI

Probabile demenza di Alzheimer secondo i criteri NINCDS-ADRDA - **Data Prima diagnosi**

MMSE /30 **MMSE CORRETTO /30** **IADL / 8F 5M** **ADL /6**

Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)

Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)

PRESENZA DI MALATTIE CONCOMITANTI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI CAUTELE D'USO

<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Insufficienza epatica
<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Broncopneumopatia ostruttiva	<input type="checkbox"/> Ulcera gastroduodenale
<input type="checkbox"/> Disturbi del ritmo cardiaco	<input type="checkbox"/> Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> Disturbi SNC

PRECEDENTI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

<input type="checkbox"/> Donepezil	<input type="checkbox"/> Memantina	<input type="checkbox"/> Antidepressivi
<input type="checkbox"/> Rivastigmina	<input type="checkbox"/> Anticolinergici	<input type="checkbox"/> Antipsicotici
<input type="checkbox"/> Galantamina	<input type="checkbox"/> Anticonvulsivanti	<input type="checkbox"/> Altri farmaci SNC

PIANO TERAPEUTICO ASSEGNATO

Farmaco	Posologia (dose/die) ³	Durata (settimane)
<input type="checkbox"/> DONEPEZIL	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA cerotto ¹	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> GALANTAMINA	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> MEMANTINA ²	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> Altri farmaci SNC	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> (.....mg/die)	.....

1. Rivastigmina cerotto: impossibilità di somministrazione orale () SI () NO

2. Memantina prescrivibile solo in monoterapia

3. Nel campo "Posologia" è possibile indicare lo schema terapeutico da seguire, mentre tra parentesi inserire la dose totale giornaliera espressa in mg, per il monitoraggio regionale.

Medico prescrittore _____
Timbro e Firma

Consultorio/centro esperto/centro
delegato demenze
Città
Unità Operativa di ...
Resp.: dr....

LOGO AUSL

ATA RIO REGIONALE
GNEA

Piano terapeutico - FOLLOW-UP

DATA DELLA VISITA (a _____ Settimane; A _____ MESI dalla precedente visita)

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome Codice fiscale

CODICE PAZIENTE PER FLUSSO DATI (codice AUSL di 3 cifre + numerazione progressiva paziente di 4 cifre + identificativo centro demenze di 2 cifre)

VALUTAZIONE

MMSE /30 MMSE CORRETTO /30 IADL / 8F 5M ADL /6

- Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)
 Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)

DATI SULLA TERAPIA, TOLLERABILITA' E COMPLIANCE

Ha assunto la terapia (farmaci Nota 85): **farmaco** **dose/die** dal al

- Nessun evento avverso rilevato
 Eventi avversi rilevati possibilmente correlati al trattamento

MODIFICHE ALLA TERAPIA NO (prosegue terapia in corso) SI (e motivazioni):

<input type="checkbox"/> Variazione dosaggio	<input type="checkbox"/> Sostituzione farmaco e Posologia (dose/die) ³	<input type="checkbox"/> Sospensione
nuovo dosaggio	<input type="checkbox"/> DONEPEZIL (..... mg/die)	
Posologia (dose/die) ³	<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA (..... mg/die)	
..... (..... mg/die)	<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA cerotto ¹ (..... mg/die)	
	<input type="checkbox"/> GALANTAMINA (..... mg/die)	
	<input type="checkbox"/> MEMANTINA ² (..... mg/die)	
Motivazioni:	Motivazioni:	Motivazioni:
<input type="checkbox"/> ricerca ottimizzazione dose	<input type="checkbox"/> perdita di efficacia	<input type="checkbox"/> scarsa compliance
<input type="checkbox"/> altro:	<input type="checkbox"/> effetti collaterali	<input type="checkbox"/> scarsa tollerabilità
	<input type="checkbox"/> evoluzione malattia (da lieve a moderata)	<input type="checkbox"/> insufficiente beneficio
	<input type="checkbox"/> altro:	<input type="checkbox"/> MMSE <10
		<input type="checkbox"/> decesso
		<input type="checkbox"/> altro:

1. Rivastigmina cerotto: impossibilità di somministrazione orale () SI () NO

2. Memantina prescrivibile solo in monoterapia

3. Nel campo "Posologia" è possibile indicare lo schema terapeutico da seguire, mentre tra parentesi inserire la dose totale giornaliera espressa in mg, per il monitoraggio regionale.

Prosegue, visita successiva in data

Medico prescrittore _____

Timbro e Firma