

Documento PTR n. 161 relativo a:

**Piano Terapeutico regionale
per la prescrizione di
Clozapina**

Aggiornamento Gennaio 2022

Settembre 2014

Piano Terapeutico regionale per la prescrizione di Clozapina

nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti seguiti dai Servizi psichiatrici e di salute mentale individuati dalla Regione Emilia-Romagna e nel trattamento dei disturbi comportamentali e psicosi nei pazienti con Morbo di Parkinson

Centro prescrittore _____
 Medico prescrittore (nome e cognome) _____
 Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
 Data di nascita _____ sesso M F Codice fiscale _____
 Residente a _____ in via _____ Tel. _____
 Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
 Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi

- Paziente schizofrenico resistente al trattamento
- Pazienti schizofrenico che presenta reazioni avverse gravi di tipo neurologico non trattabile con gli altri farmaci antipsicotici, compresi gli antipsicotici atipici
- Disturbi psicotici in corso di Malattia di Parkinson, dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica.

Prescrizione

- prima prescrizione prosecuzione del trattamento

Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria? SI NO

Eventuale data di controllo prevista: ___ / ___ / ___

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____

La prescrizione/prosecuzione del trattamento ed il monitoraggio degli eventi avversi, in particolare ematologici, devono avvenire in accordo con quanto previsto dall'RCP del farmaco.

Conta ematologica		Azioni necessarie secondo RCP
Leucociti/mm ³ (/l)	Granulociti neutrofili/mm ³ (/l)	
≥3.500 (≥3,5x10 ⁹)	≥2.000 (≥2,0x10 ⁹)	Prosecuzione trattamento con clozapina
3.000-3.500 (3,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	1.500-2.000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)	Prosecuzione trattamento con clozapina, emocromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori
<3.000 (<3,0x10 ⁹)	<1.500 (<1,5x10 ⁹)	Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali infezioni. Non riesporre il paziente al farmaco

EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI	Forma farmaceutica	dosaggio	Posologia e orari				
			al bisogno*

* terapia al bisogno subordinata alla verifica dei seguenti sintomi/problemi comportamentali _____

La quantità di farmaco dispensata ad ogni erogazione non deve superare le 4 settimane di terapia, nell'ambito della validità del Piano terapeutico.

Validità del Piano terapeutico: non superiore a 4 mesi se 1° prescrizione; non superiore a 6 mesi se prosecuzione del trattamento.

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____