

*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 <sup>3</sup> (/l)	Granulociti neutrofili/mm <sup>3</sup> (/l)	
≥3.500 (≥3,5x10 <sup>9</sup> )	≥2.000 (≥2,0x10 <sup>9</sup> )	Prosecuzione trattamento con clozapina
3.000-3.500 (3,0x10 <sup>9</sup> -3,5x10 <sup>9</sup> )	1.500-2.000 (1,5x10 <sup>9</sup> -2,0x10 <sup>9</sup> )	Prosecuzione trattamento con clozapina, emocromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori
<3.000 (<3,0x10 <sup>9</sup> )	<1.500 (<1,5x10 <sup>9</sup> )	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 \_\_\_\_\_