

Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare
Commissione Regionale del Farmaco
(D.G.R. 1540/2006 e 392/2015, Det. 4187/2018)

Documento PTR n. 240 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA
PRESCRIZIONE DI ENTACAPONE,
ENTACAPONE/LEVODOPA/CARBIDOPA, OPICAPONE,
RASAGILINA, SAFINAMIDE, ROTIGOTINA,
TOLCAPONE/MELEVODOPA/CARBIDOPA**

Aggiornamento Ottobre 2018

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

**Piano terapeutico per la prescrizione di
entacapone, entacapone/levodopa/carbidopa, opicapone, rasagilina, safinamide, rotigotina,
tolcapone, melevodopa/carbidopa**

Medico prescrittore _____ Tel _____

Unità Operativa _____
(ad es. U.O. di Neurologia Ospedaliera o Ambulatorio di Neurologia Dipartimento Cure Primarie)

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso: M F Data di Nascita _____ Residenza _____
(Comune, provincia)

Codice fiscale _____

Malattia di Parkinson in fase: lieve/non fluttuante avanzata/fluttuante

TERAPIA CON L-DOPA: NO SI

FARMACO PRESCRITTO	Posologia giornaliera	PRIMA PRESCRIZIONE Durata della terapia	PROSECUZIONE Durata della terapia
Rasagilina cpr 1 mg			
Safinamide:			
cpr 50 mg			
cpr 100 mg			
Entacapone cpr 200mg			
Entacapone/L-dopa/carbidopa:			
50mg/12,5 mg/200 mg			
75 mg/18,75 mg/200 mg			
100 mg/25 mg/200 mg			
125 mg/31,25 mg/200 mg			
150 mg/37,5 mg/200 mg			
200 mg/50 mg/200 mg			
Opicapone cps 50 mg			
Tolcapone cpr 100 mg			
Melevodopa/carbidopa:			
125 mg + 12,5 mg			
100 mg + 25 mg			

FARMACO PRESCRITTO	Cerotti die	PRIMA PRESCRIZIONE Durata trattamento (specificare per ogni dosaggio)	PROSECUZIONE Durata trattamento
Rotigotina cerotti _____ mg			
Rotigotina cerotti _____ mg			
Rotigotina cerotti _____ mg			

In caso di **PRIMA PRESCRIZIONE** di rotigotina cerotto, rispondere ai seguenti quesiti:

E' stata sospesa una precedente terapia con dopaminoagonisti? SI NO

Motivo della sospensione: Scarsa efficacia Effetti collaterali

Impossibilità ad assumere farmaci per os: SI NO

(NOTA BENE: la validità del P.T. non può superare **12 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico
