



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE PARKINSON

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	INFORMAR A DATA DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PARKINSON: _____ / _____ / _____
3	PACIENTE APRESENTA ALGUM DOS SINAIS, SINTOMAS OU CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DESCritAS ABAIXO? (MARCAR SIM OU NÃO PARA CADA SINTOMA):
CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	
Bradicinesia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Rigidez ou tremor de repouso <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CRITÉRIOS DE SUPORTE	
Resposta dramática à terapia dopaminérgica <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Presença de discinesias induzidas pela levodopa <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tremor de repouso em membros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Presença de perda olfatória ou denervação simpática cardíaca por cintilografia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	
Anormalidade cerebelar inequívoca <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sáades verticais para baixo <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Diagnóstico de provável demência frontotemporal, variante comportamental ou afasia primária progressiva, de acordo com os critérios atuais, dentro dos primeiros 5 anos da síndrome parkinsoniana <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Sintomas parkinsonianos restritos aos membros inferiores por mais de 3 anos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tratamento com medicamentos bloqueadores dopaminérgicos ou agentes depletores de dopamina em doses e por tempo suficiente para causar parkinsonismo induzido por medicamento <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Ausência de resposta observável a altas doses de levodopa em pacientes com sintomas parkinsonianos pelo menos moderado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Perda sensorial cortical inequívoca (ou seja, grafestesia, estereognosia com modalidades sensoriais primárias intactas), apraxia ideomotora de membro ou afasia <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Neuroimagem funcional normal do sistema dopaminérgico pré-sináptico <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Documentação de uma condição alternativa conhecida por produzir parkinsonismo e plausivelmente ligada aos sintomas do paciente ou avaliação de especialista sugerindo que uma síndrome alternativa é mais provável do que a DP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
SINAIS DE ALERTA (RED FLAGS)	
Rápida progressão do comprometimento da marcha exigindo uso regular de cadeira de rodas dentro de 5 anos após o início dos sintomas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Ausência completa de progressão dos sintomas ou sinais motores ao longo de 5 ou mais anos, a menos que a estabilidade esteja relacionada ao tratamento <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Disfunção bulbar precoce: disfonia grave ou disartria (fala ininteligível na maioria das vezes) ou disfagia grave (necessita de alimentos moles, uso de sonda nasogástrica ou alimentação por gastrostomia) nos primeiros 5 anos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Disfunção respiratória inspiratória: estridor inspiratório diurno ou noturno ou suspiros inspiratórios frequentes <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	



	<p>Insuficiência autonômica grave nos primeiros 5 anos de doença, que pode incluir hipotensão ortostática (i.e., diminuição ortostática da pressão arterial dentro de 3 minutos em pé por pelo menos 30 mm Hg sistólica ou 15 mm Hg diastólica, na ausência de desidratação, uso de medicamentos ou outras doenças que possam explicar de forma plausível a disfunção autonômica) ou retenção urinária grave ou incontinência urinária nos primeiros 5 anos de doença (excluindo incontinência de esforço de longa duração ou pequena quantidade em mulheres), que não é simplesmente incontinência funcional. Nos homens, a retenção urinária não deve ser atribuída à doença da próstata e deve estar associada à disfunção erétil</p> <p>Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início</p> <p>Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos</p> <p>Ausência de qualquer uma das características não motoras comuns da doença, apesar de 5 anos de duração da doença. Estes incluem disfunção do sono (insônia de manutenção do sono, sonolência diurna excessiva, sintomas de distúrbio comportamental do sono REM), disfunção autonômica (constipação, urgência urinária diurna, hipotensão ortostática), hiposmia ou disfunção psiquiátrica (depressão, ansiedade ou alucinações)</p> <p>Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)</p> <p>Parkinsonismo simétrico bilateral</p>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE RIVASTIGMINA, INFORMAR:</p> <p>Data de início dos sintomas de demência: _____ / _____ / _____</p> <p>Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)</p> <p>Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva</p> <p>Ausência de depressão maior</p> <p>Ausência de delírio</p> <p>Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva</p>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5	<p>TRATAMENTO PRÉVIO: Descrição detalhada de todos os medicamentos já utilizados, informando: intolerância, falha terapêutica, contraindicações, períodos de utilização, associações utilizadas e motivos das trocas dos medicamentos.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
6	<p>TRATAMENTO ATUAL: Descrição dos medicamentos que estão sendo utilizados atualmente, assim como associações utilizadas, esquemas de administração e tratamento para todas as condições de saúde do paciente.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



7	<p>JUSTIFICAR O USO DO MEDICAMENTO SOLICITADO: Justificativa clínica detalhada para uso do(s) medicamento(s) solicitado(s) e eventuais associações.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
8	<p>ASSINALAR CASO O PACIENTE APRESENTE ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Transtornos hematopoiéticos, incluindo antecedentes de granulocitopenia/agranulocitose tóxica ou idiossincrática e leucopenia (leucócitos < 3.500 células/mm³)<input type="checkbox"/> Epilepsia<input type="checkbox"/> Psicoses alcoólicas e tóxicas ou intoxicação por drogas<input type="checkbox"/> Afecções comatosas<input type="checkbox"/> Colapso circulatório e/ou depressão do sistema nervoso central (SNC) de qualquer origem<input type="checkbox"/> Transtornos renais graves<input type="checkbox"/> Hepatopatia ativa ou progressiva, incluindo insuficiência hepática grave, disfunção hepática, náusea, anorexia ou ictericia associadas<input type="checkbox"/> Transtornos cardíacos graves<input type="checkbox"/> Íleo paralítico<input type="checkbox"/> Gravidez<input type="checkbox"/> Úlcera gástrica ou duodenal<input type="checkbox"/> Feocromocitoma<input type="checkbox"/> História de síndrome neuroléptica maligna ou rabdomiólise não traumática<input type="checkbox"/> Uso concomitante de inibidores da monoaminoxidase (IMAO), incluindo os não seletivos e combinação de inibidor seletivo de MAO-A + MAO-B<input type="checkbox"/> Uso de fluoxetina, fluvoxamina, Hypericum perforatum<input type="checkbox"/> Uso de analgésicos narcóticos<input type="checkbox"/> Uso de ciclobenzaprina<input type="checkbox"/> Hipersensibilidade a derivados do carbamato<input type="checkbox"/> Histórico de reações no local de aplicação sugestivas de dermatite alérgica de contato com o sistema transdérmico de rivastigmina
9	<p>OUTRAS INFORMAÇÕES:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
10	<p>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</p> <p>Data de preenchimento: _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p>