



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE PARKINSON

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																																																									
2	<b>INFORMAR A DATA DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PARKINSON:</b> ____ / ____ / ____																																																									
3	<p><b>PACIENTE APRESENTA ALGUM DOS SINAIS, SINTOMAS OU CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DESCRITAS ABAIXO? (MARCAR SIM OU NÃO PARA CADA SINTOMA):</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIO DIAGNÓSTICO</b></p> <table border="1"><tr><td>Bradicinesia</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Rigidez ou tremor de repouso</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIOS DE SUPORTE</b></p> <table border="1"><tr><td>Resposta dramática à terapia dopaminérgica</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Presença de discinesias induzidas pela levodopa</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Tremor de repouso em membros</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Presença de perda olfatória ou denervação simpática cardíaca por cintilografia</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b></p> <table border="1"><tr><td>Anormalidade cerebelar inequívoca</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sácades verticais para baixo</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>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</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Sintomas parkinsonianos restritos aos membros inferiores por mais de 3 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Tratamento com medicamentos bloqueadores dopaminérgicos ou agentes depletos de dopamina em doses e por tempo suficiente para causar parkinsonismo induzido por medicamento</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de resposta observável a altas doses de levodopa em pacientes com sintomas parkinsonianos pelo menos moderado</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Perda sensorial cortical inequívoca (ou seja, grafestesia, estereognosia com modalidades sensoriais primárias intactas), apraxia ideomotora de membro ou afasia</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Neuroimagem funcional normal do sistema dopaminérgico pré-sináptico</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>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</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table> <p style="text-align: center;"><b>SINAIS DE ALERTA (RED FLAGS)</b></p> <table border="1"><tr><td>Rápida progressão do comprometimento da marcha exigindo uso regular de cadeira de rodas dentro de 5 anos após o início dos sintomas</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>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</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>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</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Disfunção respiratória inspiratória: estridor inspiratório diurno ou noturno ou suspiros inspiratórios frequentes</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>	Bradicinesia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Rigidez ou tremor de repouso	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	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	Anormalidade cerebelar inequívoca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sácades 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 depletos 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	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
Bradicinesia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Rigidez ou tremor de repouso	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
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																																																								
Anormalidade cerebelar inequívoca	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																																																								
Paralisia supranuclear no olhar vertical para baixo ou lentificação das sácades 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 depletos 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																																																								
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																																																								



	<table border="1"><tr><td>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</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>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)</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Parkinsonismo simétrico bilateral</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>	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	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	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)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Parkinsonismo simétrico bilateral	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
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	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Quedas recorrentes (mais de 1 por ano) devido ao equilíbrio prejudicado dentro de 3 anos do início	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Anterocolo desproporcional (distônico) ou contraturas de mãos ou pés nos primeiros 10 anos	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
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)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Sinais do trato piramidal inexplicáveis, definidos como fraqueza piramidal ou hiperreflexia patológica clara (excluindo assimetria reflexa leve e resposta plantar extensora isolada)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Parkinsonismo simétrico bilateral	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
4	<p><b>PARA SOLICITAÇÃO DE RIVASTIGMINA, INFORMAR:</b></p> <p>Data de início dos sintomas de demência: ____ / ____ / ____</p> <table border="1"><tr><td>Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de depressão maior</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de delírio</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>	Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de depressão maior	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de delírio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
Escore anormal no miniexame do estado mental (MEEM) (notas de corte sugeridas para a população brasileira segundo seus níveis de escolaridade)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Comprometimento das atividades de vida diária pela perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Ausência de depressão maior	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Ausência de delírio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
Ausência de outras condições clínicas que justifiquem a perda cognitiva	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																	
5	<p><b>TRATAMENTO PRÉVIO:</b> 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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
6	<p><b>TRATAMENTO ATUAL:</b> 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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		



<b>7</b>	<b>JUSTIFICAR O USO DO MEDICAMENTO SOLICITADO:</b> Justificativa clínica detalhada para uso do(s) medicamento(s) solicitado(s) e eventuais associações.  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>8</b>	<b>ASSINALAR CASO O PACIENTE APRESENTE ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b>  <input type="checkbox"/> Transtornos hematopoiéticos, incluindo antecedentes de granulocitopenia/agranulocitose tóxica ou idiossincrática e leucopenia (leucócitos < 3.500 células/mm <sup>3</sup> ) <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 icterícia 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
<b>9</b>	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b>  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>10</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>