



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Consultorio/centro esperto/centro delegato  
demenze .....

Città  
Unità Operativa di ...  
Resp.: dr....

LOGO AUSL

**Piano Terapeutico - INSERIMENTO IN TERAPIA**

DATA DELLA VISITA .....

**DATI DEL PAZIENTE**

Cognome e Nome ..... Codice fiscale .....

**CODICE PAZIENTE PER FLUSSO DATI** ..... (codice AUSL di 3 cifre + numerazione progressiva paziente di 4 cifre + identificativo centro demenze di 2 cifre)

Indirizzo.....

Comune di residenza ..... ( ) **DATA DI NASCITA** ..... **SESSO** M F

Recapiti Telefonici

AUSL di residenza ..... Medico curante dr.

**DIAGNOSI**

Probabile demenza di Alzheimer secondo i criteri NINCDS-ADRDA - **Data Prima diagnosi** .....

MMSE /30                      **MMSE CORRETTO** /30                      **IADL** / 8F 5M                      **ADL** /6

- Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e26)
- Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)

**PRESENZA DI MALATTIE CONCOMITANTI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI CAUTELE D'USO**

<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Insufficienza epatica
<input type="checkbox"/> Iperensione	<input type="checkbox"/> Broncopneumopatia ostruttiva	<input type="checkbox"/> Ulcera gastroduodenale
<input type="checkbox"/> Disturbi del ritmo cardiaco	<input type="checkbox"/> Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> Disturbi SNC

**PRECEDENTI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI**

<input type="checkbox"/> Donepezil	<input type="checkbox"/> Memantina	<input type="checkbox"/> Antidepressivi
<input type="checkbox"/> Rivastigmina	<input type="checkbox"/> Anticolinergici	<input type="checkbox"/> Antipsicotici
<input type="checkbox"/> Galantamina	<input type="checkbox"/> Anticonvulsivanti	<input type="checkbox"/> Altri farmaci SNC

**PIANO TERAPEUTICO ASSEGNATO**

Farmaco	Posologia (dose/die) <sup>3</sup>	Durata (settimane)
<input type="checkbox"/> <b>DONEPEZIL</b>	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> <b>RIVASTIGMINA</b>	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> <b>RIVASTIGMINA cerotto<sup>1</sup></b>	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> <b>GALANTAMINA</b>	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> <b>MEMANTINA<sup>2</sup></b>	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> Altri farmaci SNC	..... (.....mg/die)	.....
<input type="checkbox"/> .....	..... (.....mg/die)	.....

**1. Rivastigmina cerotto: impossibilità di somministrazione orale** ( ) SI ( ) NO

**2. Memantina prescrivibile solo in monoterapia**

3. Nel campo "Posologia" è possibile indicare lo schema terapeutico da seguire, mentre tra parentesi inserire la dose totale giornaliera espressa in mg, per il monitoraggio regionale.

Medico prescrittore \_\_\_\_\_  
Timbro e Firma

Consultorio/centro esperto/centro  
delegato demenze .....  
Città .....  
Unità Operativa di ...  
Resp.: dr....

LOGO AUSL

ISTITUTO REGIONALE  
GNA

### Piano terapeutico - FOLLOW-UP

DATA DELLA VISITA ..... (a \_\_\_\_\_ Settimane; A \_\_\_\_\_ MESI dalla precedente visita)

#### DATI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome ..... Codice fiscale .....

**CODICE PAZIENTE PER FLUSSO DATI** ..... (codice AUSL di 3 cifre + numerazione progressiva paziente di 4 cifre + identificativo centro demenze di 2 cifre)

#### VALUTAZIONE

MMSE /30                      **MMSE CORRETTO** /30                      **IADL** / 8F 5M                      **ADL** /6

- Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)  
 Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)

#### DATI SULLA TERAPIA, TOLLERABILITA' E COMPLIANCE

Ha assunto la terapia (farmaci Nota 85): **farmaco** ..... **dose/die** ..... dal ..... al .....

- Nessun evento avverso rilevato  
 Eventi avversi rilevati possibilmente correlati al trattamento

**MODIFICHE ALLA TERAPIA**       **NO** (prosegue terapia in corso)       **SI** (e motivazioni):

<input type="checkbox"/> <b>Variazione dosaggio</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sostituzione farmaco</b> e Posologia (dose/die) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <b>Sospensione</b>
<b>nuovo dosaggio</b>	<input type="checkbox"/> <b>DONEPEZIL</b> ..... (.....mg/die)	
<b>Posologia (dose/die)<sup>3</sup></b>	<input type="checkbox"/> <b>RIVASTIGMINA</b> ..... (.....mg/die)	
.....(.....mg/die)	<input type="checkbox"/> <b>RIVASTIGMINA cerotto</b> <sup>1</sup> ..... (.....mg/die)	
	<input type="checkbox"/> <b>GALANTAMINA</b> ..... (.....mg/die)	
	<input type="checkbox"/> <b>MEMANTINA</b> <sup>2</sup> ..... (.....mg/die)	
<b>Motivazioni:</b>	<b>Motivazioni:</b>	<b>Motivazioni:</b>
<input type="checkbox"/> <b>ricerca ottimizzazione dose</b>	<input type="checkbox"/> <b>perdita di efficacia</b>	<input type="checkbox"/> <b>scarsa compliance</b>
<input type="checkbox"/> <b>altro: .....</b>	<input type="checkbox"/> <b>effetti collaterali</b>	<input type="checkbox"/> <b>scarsa tollerabilità</b>
	<input type="checkbox"/> <b>evoluzione malattia (da lieve a moderata)</b>	<input type="checkbox"/> <b>insufficiente beneficio</b>
	<input type="checkbox"/> <b>altro: .....</b>	<input type="checkbox"/> <b>MMSE &lt;10</b>
		<input type="checkbox"/> <b>decesso</b>
		<input type="checkbox"/> <b>altro: .....</b>

**1. Rivastigmina cerotto: impossibilità di somministrazione orale**      ( ) SI                      ( ) NO

**2. Memantina prescrivibile solo in monoterapia**

3. Nel campo "Posologia" è possibile indicare lo schema terapeutico da seguire, mentre tra parentesi inserire la dose totale giornaliera espressa in mg, per il monitoraggio regionale.

Prosegue, visita successiva in data .....

Medico prescrittore \_\_\_\_\_

Timbro e Firma