

Documento PTR n. 161 relativo a:

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
CLOZAPINA

Agg. Giugno 2013

Piano Terapeutico per la prescrizione della Clozapina
nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti seguiti dai servizi* psichiatrici e di salute mentale 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

Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria? SI NO
 Eventuale data di controllo prevista : giorno mese anno
 Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____
 prima prescrizione prosecuzione del trattamento

| Conta ematologica | | Azioni necessarie |
|---|---|---|
| Leucociti/mm ³ (l) | Granulociti neutrofili/mm ³ (l) | |
| ≥3500 (≥3,5x10 ⁹) | ≥2000 (≥2,0x10 ⁹) | Proseguire trattamento con clozapina |
| 3000-3500 (3,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹) | 1500-2000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹) | Proseguire trattamento con clozapina, emocromo due volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori |
| <3000 (<3,0x10 ⁹) | <1500 (<1,5x10 ⁹) | 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 _____

In caso di erogazione diretta la quantità di farmaco erogato non deve superare le quattro settimane di terapia, per il tempo di validità del piano

Validità del Piano Terapeutico
 giorno _____ mese _____ anno _____

*La prescrizione della Clozapina è a carico del SSR quando prescritta da Centri autorizzati dalla Regione Emilia-Romagna (DGR 781/2011 e succ. agg. (<http://www.saluter.it/ssr/aree/assistenza-farmaceutica/centri-piano-terapeutico>))

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore