

## Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino  Masculino      Institución de origen \_\_\_\_\_

**Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.**

### MEDICO NEURÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Enfermedad de Parkinson      Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Signos:

Bradicinesia:       No     Si     Izquierda     Derecha  
 Rigidez:           No     Si     Izquierda     Derecha  
 Temblor:           No     Si     Izquierda     Derecha  
 Otros síntomas.     No     Si    Especifique \_\_\_\_\_

Wearing off:       Si     No  
 On-off:            Si     No  
 Diskinesias/distonías:  Si     No

Estadio de Hoehn y Yahr \_\_\_ (0 a 5)      Escala de Wesbter \_\_\_ (0 a 30)

### PARACLÍNICA

Estudio Neuropsicológico:      Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      TAC de cráneo:  No  Si      Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Ecocardiograma:                  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      RNM de cráneo:  No  Si      Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Rx de tórax:                        Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      SPECT cerebral:  No  Si      Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Rutinas:                              Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

#### **CARDIOVASCULARES** No Si

Cardiopatía isquémica       HTA  
 Cardiopatía valvular       Arritmia  
 Insuficiencia cardíaca       TVP  
 Otras Esp. \_\_\_\_\_

#### **RESPIRATORIOS** No Si

Asma                               EPOC  
 Fibrosis pulmonar       TBC  
 Otras                      Esp. \_\_\_\_\_

#### **DIGESTIVOS** No Si

Enfermedad celíaca  
 Enfermedad inflamatoria  
 Ulcus gastro-duodenal       Gastritis  
 Hepatopatía crónica

#### **SIQUIATRICOS** No Si

Depresión  
 IAE  
 Psicosis       Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**ENDOCRINO-METABÓLICOS**  No  Si

- Diabetes  Hipotiroidismo  
 Hipertiroidismo

**NEFROUROLÓGICOS**  No  Si

- Insuficiencia renal  Diálisis  
 Litiasis urinaria  Infección urinaria  
 Otras Esp. \_\_\_\_\_

**GINECO-OBSTÉTRICOS:**  No  Si

- Eclampsia  Psicosis Puerperal

**HEMATOLÓGICOS**  No  Si

- Anemia  Leucopenia

**ENFERMEDAD NEOPLÁSICA**  No  Si

**ENFERMEDADES AUTOINMUNES**  No  Si

**INFECCIONES**  No  Si

- HIV  Hepatitis  
 Sífilis

**NEUROLÓGICOS**  No  Si

- Accidente cerebro vascular  
 Epilepsia  
 Demencia

**OTROS**  No  Si

- Alcoholismo  
 Tabaquismo  
 Consumo problemático de drogas

**TRATAMIENTO PREVIO:**

a) Tratamiento farmacológico:

Droga	Dosis	Desde	Hasta	Droga	Dosis	Desde	Hasta
<input type="checkbox"/> Levodopa	_____	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Anticolinérgicos	_____	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> Levodopa-LP	_____	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Amantadina	_____	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> Levodopa Dispers.	_____	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Selegirina	_____	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> Pramipexol	_____	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Entacapone	_____	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> Bromocriptina	_____	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Tolcapone	_____	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> Cabergolina	_____	___/___/___	___/___/___				

b) Fisioterapia  si  no

c) Fonoaudiología  si  no

d) Otros.  si  no  Especificar \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO SOLICITADO:**

Cabergolina: Dosis propuesta (esquema posológico): \_\_\_ , \_\_\_ mg/ día 1º Semana

Dosis propuesta (esquema posológico): \_\_\_ , \_\_\_ mg/ día 2º Semana

Dosis propuesta (esquema posológico): \_\_\_ , \_\_\_ mg/ día 3º Semana

Dosis propuesta (esquema posológico): \_\_\_ , \_\_\_ mg/ día 4º Semana

**Consideraciones que juzgue relevantes:**