

Identification du patient : _____ Âge du patient : _____

Initiales du patient : _____ Date : _____

INSTRUCTIONS

Making Informed Decisions to Aid Timely Management of Parkinson's Disease (MANAGE-PD) est un outil de dépistage destiné aux professionnels de la santé. Cet outil est conçu pour les aider à optimiser, au moment opportun, le traitement de la maladie de Parkinson. Il est basé sur une évaluation complète de la fréquence et de la sévérité des symptômes moteurs, non moteurs et fonctionnels.

Le questionnaire se compose de deux parties : Section 1 et Section 2. Les symptômes doivent être examinés sur la base **du mois écoulé**. Cet outil ne recommande pas une thérapie assistée par dispositif médical, mais donne une indication sur le type de thérapie à envisager.

À LA FIN DES SECTIONS PERTINENTES, LE PATIENT SERA CLASSÉ DANS L'UNE DES TROIS CATÉGORIES

1

CATÉGORIE 1

Ce patient peut être contrôlé avec le schéma thérapeutique actuel.

Continuez à surveiller le patient selon le meilleur traitement médical et votre jugement professionnel/directives cliniques.

2

CATÉGORIE 2

Il semble que ce patient ne soit pas contrôlé avec le schéma thérapeutique actuel. Cependant, **des avantages supplémentaires peuvent être obtenus en optimisant davantage le traitement.**

Les thérapies assistées par dispositif médical peuvent ne pas être nécessaires pour l'instant. Utilisez les antécédents médicaux de votre patient, la préférence de traitement et votre meilleur jugement médical pour lui recommander un traitement.

3

CATÉGORIE 3

Ce patient ne semble pas être contrôlé avec le schéma thérapeutique actuel et **pourrait bénéficier d'une thérapie assistée par dispositif médical.** Nous vous suggérons d'évaluer l'éligibilité à une thérapie assistée par dispositif médical en fonction des antécédents médicaux du patient, des préférences de traitement et de votre meilleur jugement médical pour lui recommander un traitement.

SECTION 1

Cette section vous permet d'identifier **les patients dont la maladie de parkinson est mal contrôlée par le traitement** par voie orale. Veuillez commencer par répondre aux cinq questions (**OUI ou NON**).

Si la réponse est **NON à TOUTES** les questions de la Section 1, le patient est classé dans la **catégorie 1**. (voir ci-dessus pour l'explication des catégories)

Si la réponse est OUI à au moins une question de la Section 1, alors référez-vous à la Section 2.

Veuillez indiquer la réponse appropriée pour chaque question ✕

<p>1. Combien de prises de lévodopa le patient prend-il quotidiennement ?</p>	<input type="checkbox"/> ≤3 doses	<input type="checkbox"/> 4 doses	<input type="checkbox"/> ≥5 doses	
<p>2. Le patient présente-t-il 2 heures (cumulées) ou plus de périodes « off » par jour ?</p>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<p>3. Le patient souffre-t-il de fluctuations motrices imprévisibles avec son traitement oral actuel ?</p>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<p>4. Le patient souffre-t-il de dyskinésies invalidantes avec son traitement oral actuel ?</p>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<p>5. Le patient est-il actuellement limité en effectuant au moins une activité courante de la vie quotidienne (écrire, marcher, se laver, s'habiller, manger, aller aux toilettes, etc.) ?</p>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
<p>Si la réponse est NON à TOUTES les questions de la section 1, le patient est classé dans la CATÉGORIE 1</p>	<p>Si la réponse à l'une des questions de la section 1 est OUI, le patient est classé dans la CATÉGORIE 2</p>	<p>Si la réponse est NON à TOUTES les questions de la section 1, le patient est classé dans la CATÉGORIE 1</p>	<p>Si la réponse à l'une des questions de la section 1 est OUI, continuez à évaluer le patient dans la SECTION 2</p>	<p>Les patients qui prennent ≥ 5 doses de lévodopa par jour doivent être évalués plus en détail dans la SECTION 2</p>
			PAGE SUIVANTE >>	PAGE SUIVANTE >>

SECTION 2

A remplir uniquement pour les patients avec ≥ 4 prises de Lévodopa dans la Section 1

Cette section évalue la fréquence et la sévérité de plusieurs symptômes clés. **Si la réponse à une question n'est pas connue, vous pouvez supposer que le patient ne ressent pas ce symptôme et donner un score de 0.**

NOTATION SECTION 2:

- **Score de fréquence** : 0= Jamais, 1= Rarement (≤ 1 fois par semaine), 2= Parfois/souvent (plusieurs fois par semaine), 3= La plupart du temps/tout le temps (quotidiennement).
- **Score de sévérité** : 1= Légère, 2= Modérée, 3= Sévère.
- **Niveau d'indépendance** (activités de la vie quotidienne) : 0= Autonome pour toutes les activités, 1= Autonome pour la plupart des activités, 2= Besoin d'aide/dépendant pour certaines activités, 3= Totalement dépendant pour toutes les activités.
- **Chutes par mois** : 0= 0 chute, 1= 1 chute, 2= 2 chutes ou plus.

Pour calculer le SCORE TOTAL de certaines questions: multipliez le score de la fréquence et celui de la sévérité (fréquence X sévérité).

POUR INTERPRÉTER LES RÉSULTATS : suivez les indications figurant au bas de chaque série de questions. La catégorie la plus élevée obtenue à une question individuelle sera utilisée pour classer le patient dans une des 3 catégories.

Cochez la réponse à chaque question

FLUCTUATIONS MOTRICES IMPRÉVISIBLES Si la réponse à Q3 dans la Section 1 est NON, ignorez cette question

Quelle est la fréquence d'apparition des fluctuations motrices imprévisibles ?	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 Rarement	<input type="radio"/> 2 Parfois/souvent	<input type="radio"/> 3 La plupart du temps/ tout le temps	_____
Quelle est la sévérité/ l'impact des fluctuations motrices imprévisibles ?	<input type="radio"/> 1 Légère	<input type="radio"/> 2 Modérée	<input type="radio"/> 3 Sévère		X _____
SCORE TOTAL					=

FREEZING DE LA MARCHÉ

À quelle fréquence le patient présente-t-il du freezing de la marche en périodes « off » ?	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 Rarement	<input type="radio"/> 2 Parfois/souvent	<input type="radio"/> 3 La plupart du temps/ tout le temps	_____
Quelle est la sévérité/ l'impact des épisodes du freezing de la marche en périodes « off » ?	<input type="radio"/> 1 Légère	<input type="radio"/> 2 Modérée	<input type="radio"/> 3 Sévère		X _____
SCORE TOTAL					=

SYMPTÔMES NON MOTEURS

À quelle fréquence le patient souffre-t-il de symptômes non moteurs en périodes « off » (anxiété, douleurs, sautes d'humeur, troubles du sommeil, etc.) ?	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 Rarement	<input type="radio"/> 2 Parfois/souvent	<input type="radio"/> 3 La plupart du temps/ tout le temps	_____
Quelle est la sévérité/ l'impact des symptômes non moteurs en périodes « off » ?	<input type="radio"/> 1 Légère	<input type="radio"/> 2 Modérée	<input type="radio"/> 3 Sévère		X _____
SCORE TOTAL					=

HALLUCINATIONS / PSYCHOSE

À quelle fréquence le patient souffre-t-il d' hallucinations/psychose ?	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 Rarement	<input type="radio"/> 2 Parfois/souvent	<input type="radio"/> 3 La plupart du temps/ tout le temps	_____
Quelle est la sévérité/ l'impact des épisodes d' hallucinations/psychose ?	<input type="radio"/> 1 Légère	<input type="radio"/> 2 Modérée	<input type="radio"/> 3 Sévère		X _____
SCORE TOTAL					=

SI SCORE TOTAL < 3 (À AU MOINS UNE DE CES QUESTIONS) : LE PATIENT EST CLASSÉ DANS LA CATÉGORIE 2.

SI SCORE TOTAL \geq 3 : LE PATIENT EST CLASSÉ DANS LA CATÉGORIE 3.

PÉRIODES « OFF » Si la réponse à Q2 dans la Section 1 est NON, ignorez cette question

Quelle est la sévérité/ l'impact des périodes « off » que le patient rencontre avec son traitement oral actuel ?	<input type="radio"/> 1 Légère	<input type="radio"/> 2 Modérée	<input type="radio"/> 3 Sévère		_____
SCORE TOTAL					=

DYSKINÉSIES INVALIDANTES Si la réponse à Q4 dans la Section 1 est NON, ignorez cette question

A quelle fréquence le patient présente-t-il des dyskinésies invalidantes ?	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 Rarement	<input type="radio"/> 2 Parfois/souvent	<input type="radio"/> 3 La plupart du temps/ tout le temps	_____
SCORE TOTAL					=

DÉFICIT DE L'ADL Si la réponse à Q5 dans la Section 1 est NON, ignorez cette question

Quel est le niveau d'assistance dont le patient a besoin pour effectuer au moins une activité de la vie quotidienne (écrire, marcher, se laver, s'habiller, manger, aller aux toilettes, etc.) ?	<input type="radio"/> 0 Autonome pour toutes les activités	<input type="radio"/> 1 Autonome pour la plupart des activités	<input type="radio"/> 2 A besoin d'aide/dépendant pour certaines activités	<input type="radio"/> 3 Totalement dépendant pour toutes les activités	_____
SCORE TOTAL					=

SI SCORE TOTAL < 2 (À AU MOINS UNE DE CES QUESTIONS) : LE PATIENT EST CLASSÉ DANS LA CATÉGORIE 2.

SI SCORE TOTAL = 2 OU 3 : LE PATIENT EST CLASSÉ DANS LA CATÉGORIE 3.

CHUTES

Combien de fois le patient est-il tombé le mois dernier ?	<input type="radio"/> 0 0 chute	<input type="radio"/> 1 1 chute	<input type="radio"/> 2 2 chutes ou plus		_____
SCORE TOTAL					=

SI SCORE TOTAL = 0 : LE PATIENT EST CLASSÉ DANS LA CATÉGORIE 2.

SI SCORE TOTAL = 1 OU 2 : LE PATIENT EST CLASSÉ DANS LA CATÉGORIE 3.

DYSTONIE

À quelle fréquence le patient souffre-t-il de dystonie douloureuse ?	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 Rarement	<input type="radio"/> 2 Parfois/souvent	<input type="radio"/> 3 La plupart du temps/ tout le temps	_____
Quelle est la sévérité/ l'impact de la dystonie douloureuse ?	<input type="radio"/> 1 Légère	<input type="radio"/> 2 Modérée	<input type="radio"/> 3 Sévère		X _____
SCORE TOTAL					=

TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS

À quelle fréquence le patient présente-t-il des troubles du contrôle des impulsions ?	<input type="radio"/> Jamais	<input type="radio"/> 1 Rarement	<input type="radio"/> 2 Parfois/souvent	<input type="radio"/> 3 La plupart du temps/ tout le temps	_____
Quelle est la sévérité/ l'impact des troubles du contrôle des impulsions ?	<input type="radio"/> 1 Légère	<input type="radio"/> 2 Modérée	<input type="radio"/> 3 Sévère		X _____
SCORE TOTAL					=

Ces scores sont fournis pour votre information lors de l'évaluation de votre patient et la recommandation d'un traitement. Ces scores n'affectent pas le résultat de l'outil.