

N° du patient :

Âge du patient :

Initiales du patient :

Date :

INSTRUCTIONS

MANAGE-PD (Making Informed Decisions to Aid Timely Management of Parkinson's Disease) est un outil destiné aux professionnels de santé. Son objectif est d'aider la prise de décisions dans la prise en charge de la maladie de Parkinson en permettant une évaluation exhaustive de la fréquence et de la sévérité des symptômes moteurs, non moteurs et fonctionnels.

Le questionnaire se compose de deux parties : la Section 1 et la Section 2. L'évaluation doit porter sur les symptômes survenus **les 30 derniers jours**. Cet outil n'a pas vocation à fournir des recommandations sur le choix du traitement de seconde ligne, mais aide à déterminer si un tel traitement pourrait être envisagé.

UNE FOIS LES SECTIONS PERTINENTES COMPLÉTÉES, LE PATIENT SERA CLASSÉ DANS L'UNE DES TROIS CATÉGORIES SUIVANTES

1

CATÉGORIE 1

Le patient semble contrôlé avec le traitement actuel.

Continuez de surveiller le patient en vous basant sur le meilleur traitement médical et sur votre jugement professionnel et les recommandations cliniques.

2

CATÉGORIE 2

Le patient semble mal contrôlé avec le traitement actuel. **Une optimisation du traitement pourrait toutefois apporter des bénéfices supplémentaires.**

Le recours à un traitement de seconde ligne ne semble pas justifié à l'heure actuelle. Toutefois, tenez compte des antécédents médicaux du patient, de ses préférences en termes de traitement et de votre jugement médical pour déterminer le traitement recommandé.

3

CATÉGORIE 3

Le patient semble mal contrôlé avec le traitement actuel. **Nous vous suggérons d'évaluer si le patient pourrait être éligible à un traitement de seconde ligne.**

Pour cela, tenez compte des antécédents du patient, de ses préférences en termes de traitement et de votre jugement médical.

SECTION 1

Cette section vous permet de déterminer si un patient atteint de la maladie de Parkinson est mal contrôlé avec son traitement actuel.

Commencez par répondre aux cinq questions (**OUI ou NON**). Si la réponse est **NON** à **TOUTES** les questions de la Section 1, le patient entre dans la **Catégorie 1** (voir la définition de cette catégorie ci-dessus). Si la réponse est **OUI** à **N'IMPORTE QUELLE** question de la Section 1, **suivez les recommandations relatives à chaque cas**.

Cochez la réponse à chaque question ✕

	1. Combien de doses quotidienne de lévodopa le patient déclare-t-il prendre ?	<input type="checkbox"/> ≤3 doses	<input type="checkbox"/> 4 doses	<input type="checkbox"/> ≥5 doses				
	2. Le patient présente-t-il des périodes « OFF » d'une durée totale ≥ 2 heures par jour ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	3. Le patient présente-t-il des fluctuations motrices imprévisibles avec son traitement oral actuel ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	4. Le patient présente-t-il des dyskinésies (mouvements choréiques involontaires) gênantes avec son traitement oral actuel ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	5. Le patient est-il limité dans sa capacité à réaliser une ou plusieurs activités de la vie quotidienne (p. ex., écrire, marcher, se laver, s'habiller, manger, faire sa toilette, etc.) ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Si la réponse à TOUTES les questions est non, le patient entre dans la CATÉGORIE 1		Si la réponse à n'importe quelle question est OUI , le patient entre dans la CATÉGORIE 2		Si la réponse à TOUTES les questions est non, le patient entre dans la CATÉGORIE 1		Si la réponse à n'importe quelle question est OUI , REMPLISSEZ LA SECTION 2		Chez les patients recevant ≥ 5 doses de lévodopa, une évaluation plus approfondie s'impose. Veuillez REmplir LA SECTION 2
PAGE SUIVANTE >>						PAGE SUIVANTE >>		

SECTION 2

Cette section concerne uniquement les patients qui reçoivent ≥ 4 doses de Lévodopa, d'après la Section 1

Elle évalue la fréquence et la sévérité de certains des principaux symptômes. **Si la réponse à l'une des questions ci-dessous n'est pas connue, vous pouvez en déduire que le patient ne présente pas le symptôme et lui attribuer le score de 0.**

COTATION DE LA SECTION 2 :

- **Score de fréquence** : 0= Jamais, 1= Rarement (≤ 1/semaine), 2= Parfois (quelques fois par semaine), 3= Très souvent/en permanence (tous les jours).
- **Score de sévérité** : 1= Légère, 2= Modérée, 3= Sévère.
- **Degré d'autonomie** (activités de la vie quotidienne) : 0= Autonome pour toutes les activités, 1= Autonome pour la plupart des activités, 2= A besoin d'aide/dépendant pour certaines activités, 3= Totalement dépendant pour toutes les activités.
- **Chutes au cours des 30 derniers jours** : 0= Aucune chute, 1= 1 chute, 2= 2 chutes ou plus.

Pour chaque question, le **CALCUL DU SCORE TOTAL** doit être obtenu en multipliant la fréquence par la sévérité (Fréquence X Sévérité).

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS : La catégorie du patient correspond à la catégorie la plus haute obtenue à n'importe quelle question. Voir les recommandations présentées après chaque groupe de questions.

Remarque : les scores pour les **dystonies douloureuses** et les **troubles du contrôle des impulsions** sont fournis à titre d'information afin que vous puissiez les prendre en considération dans vos recommandations de prise en charge thérapeutique. Ces scores de sévérité et de fréquence n'ont pas d'incidence sur le résultat obtenu avec cet outil. Cochez la réponse à chaque question ✕

FLUCTUATIONS MOTRICES Ne pas répondre à cette question si la réponse à la question 3 de la section 1 est NON

À quelle fréquence les fluctuations motrices imprévisibles surviennent-elles ?	0	Jamais	1	Rarement	2	Parfois	3	Très souvent/en permanence	_____
Quelle est la sévérité/la gêne occasionnée par les fluctuations motrices ?			1	Légère	2	Modérée	3	Sévère	_____
SCORE TOTAL (Fréquence X Sévérité)									_____

FREEZING

À quelle fréquence le patient présente-t-il un freezing pendant les périodes « OFF » ?	0	Jamais	1	Rarement	2	Parfois	3	Très souvent/en permanence	_____
Quelle est la sévérité/la gêne occasionnée par le freezing pendant les périodes « OFF » ?			1	Légère	2	Modérée	3	Sévère	_____
SCORE TOTAL (Fréquence X Sévérité)									_____

SYMPTÔMES NON MOTEURS

À quelle fréquence le patient présente-t-il des symptômes non moteurs (p. ex., anxiété, douleurs, sautes d'humeur, troubles du sommeil, etc.) pendant les périodes « OFF » ?	0	Jamais	1	Rarement	2	Parfois	3	Très souvent/en permanence	_____
Quelle est la sévérité/la gêne occasionnée par ces symptômes non moteurs pendant les périodes « OFF » ?			1	Légère	2	Modérée	3	Sévère	_____
SCORE TOTAL (Fréquence X Sévérité)									_____

HALLUCINATIONS / PSYCHOSE

Quelle est la fréquence des hallucinations/psychose sans <i>insight</i> ?	0	Jamais	1	Rarement	2	Parfois	3	Très souvent/en permanence	_____
Quelle est la sévérité/la gêne occasionnée par ces hallucinations/psychose sans <i>insight</i> ?			1	Légère	2	Modérée	3	Sévère	_____
SCORE TOTAL (Fréquence X Sévérité)									_____

SI LE SCORE TOTAL EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 3 À N'IMPORTE LAQUELLE DE CES QUESTIONS = CATÉGORIE 3. SINON, CATÉGORIE 2

PÉRIODES « OFF » Ne pas répondre à cette question si la réponse à la question 2 de la section 1 est NON

Quelle est la sévérité/la gêne occasionnée par les périodes « OFF » chez le patient avec son traitement oral actuel ?	1	Légère	2	Modérée	3	Sévère	_____
SCORE TOTAL							_____

DISKINÉSIES Ne pas répondre à cette question si la réponse à la question 4 de la section 1 est NON

À quelle fréquence le patient présente-t-il des dyskinésies gênantes ?	0	Jamais	1	Rarement	2	Parfois	3	Très souvent/en permanence	_____
SCORE TOTAL									_____

DÉPENDANCE Ne pas répondre à cette question si la réponse à la question 5 de la section 1 est NON

Dans quelle mesure le patient a-t-il besoin d'assistance ou de soutien pour réaliser une ou plusieurs activités de la vie quotidienne (p. ex., marcher, se laver, s'habiller, manger, faire sa toilette, etc.) ?	0	Autonome pour toutes les activités	1	Autonome pour la plupart des activités	2	A besoin d'aide/dépendant pour certaines activités	3	Totalement dépendant pour toutes les activités	_____
SCORE TOTAL									_____

SI LE SCORE TOTAL EST ÉGAL À 2 OU À 3 À N'IMPORTE LAQUELLE DE CES QUESTIONS = CATÉGORIE 3. SINON, CATÉGORIE 2

CHUTES

Combien de fois le patient a-t-il chuté au cours des 30 derniers jours ?	0	0 chute	1	1 chute	2	2 chutes ou plus	_____
SCORE TOTAL							_____

SI LE SCORE EST ÉGAL À 1 OU À 2 = CATÉGORIE 3. SINON, CATÉGORIE 2

DYSTONIE

À quelle fréquence le patient présente-t-il des dystonies douloureuses ?	0	Jamais	1	Rarement	2	Parfois	3	Très souvent/en permanence	_____
Quelle est la sévérité/la gêne occasionnée par les dystonies douloureuses ?			1	Légère	2	Modérée	3	Sévère	_____
SCORE TOTAL (Fréquence X Sévérité)									_____

TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS

À quelle fréquence le patient présente-t-il des troubles du contrôle des impulsions ?	0	Jamais	1	Rarement	2	Parfois	3	Très souvent/en permanence	_____
Quelle est la sévérité/la gêne occasionnée par ces troubles du contrôle des impulsions ?			1	Légère	2	Modérée	3	Sévère	_____
SCORE TOTAL (Fréquence X Sévérité)									_____

POUR INFORMATION UNIQUEMENT