

Patienten ID: _____ Patientenalter: _____

Patienteninitialen: _____ Datum: _____

ANLEITUNG

Making Informed Decisions to Aid Timely Management of Parkinson's Disease (MANAGE-PD) ist ein Screening Tool, das Angehörige medizinischer Fachkreise bei der rechtzeitigen Entscheidungsfindung im Management der Parkinson-Erkrankung unterstützt. Dabei wird die umfassende Bewertung von Frequenz und Schweregrad der motorischen und nicht motorischen Symptomen sowie der funktionellen Einschränkungen berücksichtigt.

Dieser Fragebogen umfasst zwei Teile: Abschnitt 1 und Abschnitt 2. Bei der Beurteilung der Symptome betrachten Sie bitte den **letzten Behandlungsmonat**. Dieses Tool empfiehlt keine bestimmte nicht orale Folgetherapie. Es unterstützt bei der Entscheidung, ob eine nicht orale Folgetherapie in Betracht gezogen werden sollte.

NACH DEM AUSFÜLLEN BEIDER ABSCHNITTE WIRD DER PATIENT IN EINE DER FOLGENDEN KATEGORIEN EINGETEILT

1

KATEGORIE 1

Der Patient scheint mit dem aktuellen Behandlungsschema gut therapiert zu sein.

Fortsetzung der Überwachung des Patienten auf der Grundlage der besten medizinischen Behandlung und Ihrer professionellen Beurteilung/Ihrer klinischen Richtlinien.

2

KATEGORIE 2

Der Patient könnte unter Umständen mit dem derzeitigen Behandlungsschema nicht optimal therapiert sein. **Verbesserungen können jedoch durch eine weitere Behandlungsoptimierung erzielt werden.**

Nicht orale Folgetherapien sind möglicherweise nicht erforderlich. Nutzen Sie die Patientenanamnese, die Behandlungspräferenz und Ihre medizinische Beurteilung für eine Behandlungsempfehlung.

3

KATEGORIE 3

Der Patient ist möglicherweise mit dem derzeitigen Behandlungsschema nicht gut therapiert und **könnte von einer nicht oralen Folgetherapie profitieren.** Es wird empfohlen, dass Sie die Eignung für eine nicht orale Folgetherapie anhand der Krankengeschichte des Patienten, der Behandlungspräferenz und Ihrer medizinischen Beurteilung für die Behandlungsempfehlung prüfen.

ABSCHNITT 1

In diesem Abschnitt wird überprüft, ob die **Patienten mit Morbus Parkinson unter der aktuellen oralen Behandlung unzureichend therapiert** sind.

Bitte beantworten Sie zunächst die folgenden fünf Fragen. Ist die Antwort **NEIN** auf **ALLE** Fragen in Abschnitt 1, wird der Patient in **Kategorie 1** eingestuft (siehe Erklärung der Kategorien oben). Falls Sie mit **JA** auf **EINE** der Fragen in Abschnitt 1 antworten, **folgen Sie bitte den jeweiligen Anweisungen.**

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort auf jede Frage an

	1. Wie viele Tagesdosen Levodopa nimmt der Patient laut eigenen Angaben ein?	<input type="checkbox"/> ≤3 Dosen	<input type="checkbox"/> 4 Dosen	<input type="checkbox"/> ≥5 Dosen
	2. Hat der Patient insgesamt täglich 2 oder mehr Stunden Off-Phasen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
	3. Hat der Patient unter der aktuellen oralen Therapie unvorhersehbare motorische Fluktuationen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
	4. Leidet der Patient unter der aktuellen oralen Therapie an belastenden Dyskinesien?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
	5. Leidet der Patient zurzeit an Einschränkungen hinsichtlich einer oder mehrerer Aktivitäten des täglichen Lebens (d. h. Schreiben, Gehen, Baden, Anziehen, Essen, Toilettengang, usw.)?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Wurden ALLE Fragen mit NEIN beantwortet, wird der Patient in Kategorie 1 eingestuft	Wurde EINE der Fragen mit JA beantwortet, wird der Patient in Kategorie 2 eingestuft	Wurden ALLE Fragen mit NEIN beantwortet, wird der Patient in Kategorie 1 eingestuft
			Wurde EINE der Fragen mit JA beantwortet, fahren Sie bitte mit Abschnitt 2 fort	Patienten mit ≥5 Levodopa-Dosen sollten genauer betrachtet werden. Bitte fahren Sie mit Abschnitt 2 fort
			NÄCHSTE SEITE >>	NÄCHSTE SEITE >>

ABSCHNITT 2

Nur für Patienten mit ≥ 4 Levodopa-Dosen in Abschnitt 1 auszufüllen

In diesem Abschnitt werden verschiedene Schlüssel-Symptome hinsichtlich Frequenz und Schweregrad bewertet. **Sollte eine der folgenden Fragen nicht beantwortet werden können, gehen Sie bitte von der Annahme aus, dass Ihr Patient nicht unter diesem Symptom leidet und kreuzen Sie „0“ an.**

BEWERTUNG ABSCHNITT 2:

- **Antwortmöglichkeiten zur Frequenz:** 0= Nie, 1= Selten (≤1/Woche), 2= Manchmal (mehrmals in der Woche), 3= Meistens/immer (täglich).
- **Antwortmöglichkeiten zum Schweregrad:** 1= Leicht, 2= Mittelgradig, 3= Schwer.
- **Maß an Unabhängigkeit** (Aktivitäten des täglichen Lebens): 0= Unabhängig bei allen Aktivitäten, 1= Unabhängig bei den meisten Aktivitäten, 2= Braucht Hilfe bei manchen Aktivitäten, 3= Ist vollkommen abhängig, braucht Hilfe bei allen Aktivitäten.
- **Stürze pro Monat:** 0= Keine Stürze, 1= 1 Sturz, 2= 2 oder mehr Stürze.

Zur **BERECHNUNG DES GESAMTWERTES** jeder Frage sollte die Frequenz mit dem Schweregrad multipliziert werden (Frequenz x Schweregrad).

INTERPRETATION DER ERGEBNISSE: Der Patient sollte in die höchste Kategorie eingestuft werden, die bei einer der Fragen erreicht wird. Eine Erklärung finden Sie am Ende von jedem Fragenblock.

Bitte beachten Sie: Die Bewertung für „**Dystonie mit Schmerzen**“ und „**Impulskontrollstörungen**“ wurde für Ihre Informationen bereitgestellt, damit Sie diese Bereiche bei der Beurteilung Ihrer Patienten für Behandlungsempfehlungen berücksichtigen können. Schweregrad und Häufigkeit dieser beiden Kriterien haben keinen Einfluss auf das Ergebnis des Fragebogens.

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort auf jede Frage an ✕

MOTORISCHE FLUKTUATIONEN Überspringen Sie die Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 3 in Abschnitt 1 „Nein“ ist

Wie häufig sind die motorischen Fluktuationen unvorhersehbar?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
Wie schwer/belastend sind die motorischen Fluktuationen ?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
GESAMTWERT (Frequenz x Schweregrad)									_____

FREEZING OF GAIT

Wie häufig leidet der Patient in Off-Phasen an Freezing (motorischen Blockaden) beim Gehen?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
Wie schwer/belastend ist das Freezing (motorische Blockaden) in den Off-Phasen?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
GESAMTWERT (Frequenz x Schweregrad)									_____

NICHT MOTORISCHE SYMPTOME

Wie häufig hat der Patient nicht motorische Off-Symptome (d. h. Angstzustände, Schmerzen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, usw.)?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
Wie schwer/belastend sind die nicht motorischen Off-Symptome ?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
GESAMTWERT (Frequenz x Schweregrad)									_____

HALLUZINATIONEN/PSYCHOSEN

Wie häufig leidet der Patient an Halluzinationen/Psychosen ohne Einsicht?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
Wie schwer/belastend sind die Episoden mit Halluzinationen/Psychosen ohne Einsicht?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
GESAMTWERT (Frequenz x Schweregrad)									_____

BETRÄGT DER GESAMTWERT EINER DIESER FRAGEN 3 ODER HÖHER = KATEGORIE 3. ALLES ANDERE = KATEGORIE 2

OFF - ZEIT Überspringen Sie die Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 2 in Abschnitt 1 „Nein“ ist

Wie schwer/belastend sind die Off-Phasen unter der aktuellen oralen Therapie für den Patienten?	1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
GESAMTWERT							_____

DYSKINESIEN Überspringen Sie die Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 4 in Abschnitt 1 „Nein“ ist

Wie häufig leidet der Patient an belastenden Dyskinesien ?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
GESAMTWERT									_____

BEEINTRÄCHTIGUNG DER ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens) Überspringen Sie die Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 5 in Abschnitt 1 „Nein“ ist

Inwieweit benötigt der Patient Hilfe oder Unterstützung bei einer oder mehreren der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens (d. h. Schreiben, Gehen, Baden, Anziehen, Essen, Toilettengang usw.)?	0	Unabhängig bei allen Aktivitäten	1	Unabhängig bei den meisten Aktivitäten	2	Braucht Hilfe bei manchen Aktivitäten	3	Ist vollkommen abhängig, braucht Hilfe bei allen Aktivitäten	_____
GESAMTWERT									_____

BETRÄGT DER GESAMTWERT EINER DIESER FRAGEN 2 ODER 3 = KATEGORIE 3. ALLES ANDERE = KATEGORIE 2

STÜRZE

Wie oft ist der Patient im letzten Monat gestürzt ?	0	Keine Stürze	1	1 Sturz	2	2 oder mehr Stürze	_____
BETRÄGT DER GESAMTWERT 1 ODER 2 = KATEGORIE 3. ALLES ANDERE = KATEGORIE 2							_____

DYSTONIE

Wie häufig leidet der Patient an schmerzhaften Dystonien ?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
Wie schwer/belastend sind die schmerzhaften Dystonien ?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
GESAMTWERT (Frequenz x Schweregrad)									_____

IMPULSKONTROLLSTÖRUNGEN

Wie häufig hat der Patient Impulskontrollstörungen (ICD) ?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
Wie schwer/belastend sind die ICD ?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
GESAMTWERT (Frequenz x Schweregrad)									_____

ZU INFORMATIONSZWECKEN