

Patienten ID: \_\_\_\_\_ Patientenalter: \_\_\_\_\_

Patienteninitialen: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## ANLEITUNG

**Making Informed Decisions to Aid Timely Management of Parkinson's Disease (MANAGE-PD) ist ein Instrument, das Angehörige medizinischer Fachkreise bei der rechtzeitigen Entscheidungsfindung im Management der Parkinson-Erkrankung unterstützt. Dabei wird die umfassende Bewertung der Frequenz und Schweregrad von 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 Instrument 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 Krankengeschichte des Patienten, 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 ✕

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

## 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 Erledigt alle Aktivitäten selbständig, 1 Erledigt die meisten Aktivitäten selbständig, 2 Ist bei manchen Aktivitäten von Hilfe oder Unterstützung abhängig, 3 ist vollkommen abhängig 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 <b>motorischen Fluktuationen</b> unvorhersehbar?	0	Nie	1	Selten (≤1/Woche)	2	Manchmal (mehrmals in der Woche)	3	Meistens/immer (täglich)	_____
Wie schwer/belastend sind die <b>motorischen Fluktuationen</b> ?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
<b>GESAMTWERT</b> (Frequenz x Schweregrad)									_____

### FREEZING OF GAIT

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

### NICHT MOTORISCHE SYMPTOME

Wie häufig hat der Patient <b>nicht motorische Off-Symptome</b> (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 <b>nicht motorischen Off-Symptome</b> ?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
<b>GESAMTWERT</b> (Frequenz x Schweregrad)									_____

### HALLUZINATIONEN/PSYCHOSEN

Wie häufig leidet der Patient an <b>Halluzinationen/Psychosen</b> 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 <b>Halluzinationen/Psychosen</b> ohne Einsicht?			1	Leicht	2	Mittelgradig	3	Schwer	_____
<b>GESAMTWERT</b> (Frequenz x Schweregrad)									_____

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

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

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

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

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

### BEEINTRÄCHTIGUNG DER 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	Erledigt alle Aktivitäten selbstständig	1	Erledigt die meisten Aktivitäten selbstständig	2	Ist bei manchen Aktivitäten von Hilfe oder Unterstützung abhängig	3	Ist vollkommen abhängig bei allen Aktivitäten	_____
<b>BETRÄGT DER GESAMTWERT EINER DIESER FRAGEN 2 ODER 3 = KATEGORIE 3. ALLES ANDERE = KATEGORIE 2</b>									_____

### STÜRZE

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

### DYSTONIE

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

### IMPULSKONTROLLSTÖRUNGEN

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

**ZU INFORMATIONSZWECKEN**