

**ANEXO I – QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA DOENÇA DE PARKINSON**  
**Questionário para ser preenchido pelo Médico Solicitante.**

O(A)Sr.(a) \_\_\_\_\_ é portador(a) da **Doença de Parkinson (DP)**, patologia codificada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (**CID-10**) como **G20**, sendo diagnosticada conforme os seguintes critérios abaixo, estipulados pelo **Banco de Cérebros da Sociedade de Parkinson do Reino Unido**:

- **Critérios necessários para diagnóstico de DP** (*bradicinesia e no mínimo mais um critério deve ser assinalado*):

- ( ) 1 – Bradicinesia
- ( ) 2 – Rigidez muscular;
- ( ) 3 – Tremor de repouso (4-6 Hz), avaliado clinicamente;
- ( ) 4 – Instabilidade postural, não causada por distúrbios visuais, vestibulares, cerebelares ou proprioceptivos.

- **Critérios de suporte positivo para o diagnóstico de DP** (*no mínimo três critérios devem ser assinalados*):

- ( ) 1 – Início unilateral;
- ( ) 2 – Presença de tremor de repouso;
- ( ) 3 – Doença progressiva;
- ( ) 4 – Persistência da assimetria dos sintomas;
- ( ) 5 – Boa resposta a levodopa;
- ( ) 6 – Presença de discinesias, induzidas por levodopa;
- ( ) 7 – Resposta à levodopa, por 5 anos ou mais;
- ( ) 8 – Evolução clínica, de 10 anos ou mais.

- **Critérios negativos para DP** (sugestivos de outras formas de parkinsonismo):

[ ] - Assinalar caso o(a) paciente não apresenta nenhum dos critérios citados abaixo

- ( ) 1 – História de AVC de repetição;
- ( ) 2 – História de trauma craniano grave;
- ( ) 3 – História definida de encefalite;
- ( ) 4 – Crises oculogíricas;
- ( ) 5 – Tratamento prévio com neurolépticos;
- ( ) 6 – Remissão espontânea dos sintomas;
- ( ) 7 – Quadro clínico, estritamente unilateral, após 3 anos;
- ( ) 8 – Paralisia supranuclear do olhar;
- ( ) 9 – Sinais cerebelares;
- ( ) 10 – Sinais autonômicos precoces;
- ( ) 11 – Demência precoce;
- ( ) 12 – Liberação piramidal com sinal de Babinski;
- ( ) 13 – Presença de tumor cerebral ou hidrocefalia comunicante;
- ( ) 14 – Resposta negativa a altas doses de levodopa;
- ( ) 15 – Exposição a metilfeniltetraperidínio;
- ( ) 16 – Paciente com contraindicação ou intolerância aos medicamentos especificados.



✓ Descrever o(s) tratamento(s) realizado(s) até o momento:

Medicamento/Tratamento utilizado	Período de uso	Motivo da interrupção

✓ Descrever se o(a) paciente possui doença(s) concomitante:

---



---



---



---



---



---



---



---

✓ Descrever os critérios avaliados para o **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** de outros tipos de distúrbios neurológicos.

---



---



---



---

---

---

---

---

---

✓ Para controle de sua patologia, o supracitado paciente necessita de tratamento farmacológico continuado com o uso do(s) medicamento(s) abaixo assinalado(s):

- Amantadina** – com dose de **200 - 400 mg/dia.**
- Clozapina** – com dose de **12,5 – 900 mg/dia.**
- Entacapona** – com dose de **800 mg - 2.000 mg/dia.**
- Pramipexol** – com dose de **2 - 4,5 mg/dia.**
- Rasagilina** – com dose de **1 mg/dia.**
- Selegilina** – com dose de **5 - 10 mg/dia.**

A solicitação do(s) medicamento(s) assinalado(s) deverá ser acompanhada de prescrição médica.

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura e carimbo do médico solicitante