

Limitatio, Vedi anche [ES](#)

Limitatio (estratto): Previo rimborso da parte dell'assicurazione sanitaria e previa consultazione con il medico di fiducia per il trattamento del morbo di Parkinson avanzato reattivo alla levodopa

Dati personali del/della paziente:

Cognome: Nome: Data di nascita:

Sesso: ☐ ♀ ☐ ♂ Via: Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Assicurazione malattia: N. assicurato:

Indirizzo dell'assicuratore: Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Dati medici:

☐ La/Il paziente è affetto/o da morbo di Parkinson avanzato reattivo alla levodopa (5-2-1 criteri) con gravi fluttuazioni motorie e ipercinesia/discinesia, nonostante l'utilizzo delle combinazioni disponibili di farmaci antiparkinsoniani.

☐ Si richiede una terapia con LECIGON Gel Intestinale inclusivo del programma di supporto per i pazienti.

Informazioni sulla precedente terapia risultata insufficientemente efficace:

La/Il paziente è idonea/o per la stimolazione cerebrale profonda (SCP)?

☐ Sì ☐ No

In caso di no: ☐ Non idonea/o ☐ Rifiutata ☐ Non efficace

Osservazioni/Supplementari:

Medico richiedente

Cognome: Nome:

Via: NPA: Località:

Tel. Fax: E-mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale: Reparto:

Data: