

Mi chiamo _____ nato il _____ anno della diagnosi _____
Indirizzo _____ città _____ tel. _____

Persone da informare in caso di emergenza e/o ricovero improvviso:

1) _____ cell. _____ tel. _____
2) _____ cell. _____ tel. _____

Neurologo curante _____ tel. _____ cell. _____ altro _____

Medico di base o altro medico _____ tel. _____ cell. _____ altro _____

Per un buon controllo dei miei sintomi devo assumere farmaci, nei dosaggi e negli orari qui indicati:

Farmaco e dosaggio	orario	orario	orario	orario	orario	orario	orario

- **La brusca sospensione della terapia anti-parkinson può causare, nei casi più gravi, una sindrome maligna da astinenza da farmaco e va quindi fatta sotto stretto controllo del neurologo.**
- **La terapia anti-parkinson va ripresa appena possibile rispettando rigorosamente i dosaggi e gli orari**



**HO LA MALATTIA DI PARKINSON
PER FAVORE
NON METTETEMI FRETTA**

PARKINSON ITALIA
CONFEDERAZIONE ASSOCIAZIONI ITALIANE
PARKINSON E PARKINSONISMI (ONLUS)

Mi chiamo _____ nato il _____ anno della diagnosi _____
Indirizzo _____ città _____ tel. _____

Persone da informare in caso di emergenza e/o ricovero improvviso:

1) _____ cell. _____ tel. _____
2) _____ cell. _____ tel. _____

Neurologo curante _____ tel. _____ cell. _____ altro _____

Medico di base o altro medico _____ tel. _____ cell. _____ altro _____

Per un buon controllo dei miei sintomi devo assumere farmaci, nei dosaggi e negli orari qui indicati:

Farmaco e dosaggio	orario	orario	orario	orario	orario	orario	orario

- **La brusca sospensione della terapia anti-parkinson può causare, nei casi più gravi, una sindrome maligna da astinenza da farmaco e va quindi fatta sotto stretto controllo del neurologo.**
- **La terapia anti-parkinson va ripresa appena possibile rispettando rigorosamente i dosaggi e gli orari**



**HO LA MALATTIA DI PARKINSON
PER FAVORE
NON METTETEMI FRETTA**

PARKINSON ITALIA
CONFEDERAZIONE ASSOCIAZIONI ITALIANE
PARKINSON E PARKINSONISMI (ONLUS)