

MI PASAPORTE DE PARKINSON

INFORMACIÓN MÉDICA IMPRESCINDIBLE



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

MI PASAPORTE DE PARKINSON

Tengo la enfermedad de Parkinson y afecta mi capacidad para hablar, coordinar e iniciar movimientos

¿CÓMO PUEDES AYUDARME? Por favor:

Dame tiempo cuando estoy caminando, hablando y comiendo

No me empujes ni tires de mí si me resulta difícil moverme

Habla normalmente y sé paciente cuando me sea difícil hacerme entender

Asegúrate de que esté sentado antes de darme una bebida

Tenga en cuenta que el Parkinson afecta a los músculos faciales y la sonrisa puede ser difícil. Es posible que no pueda responder como me gustaría que lo hiciera

No te alejes de mí si estoy experimentando dificultades

Sobre todo, por favor, se paciente y dame tiempo.

GRACIAS

MY PARKINSON'S PASSPORT

I have Parkinson's disease and it affects my ability to speak, coordinate and initiate movements

HOW CAN YOU HELP ME? Please:

Give me time when I am walking, talking and eating

Do not push or pull me if I am finding it difficult to move

Speak normally and be patient when I find it difficult to make myself understood

Ensure that I am sitting down before giving me a drink

Be aware that Parkinson's affects facial muscles, and smiling can be difficult. I may not be able to respond as you would like me to

Do not walk away from me if I am experiencing difficulties

Most of all, please be patient and give me time.

THANK YOU



DATOS PERSONALES

NOMBRE:.....

APELLIDOS:.....

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:.....

.....

.....

.....

CIUDAD/LOCALIDAD:

PAÍS:.....

CÓDIGO POSTAL:.....

TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DEL PAÍS):

.....

MÓVIL (INCLUIR EL CÓDIGO DEL PAÍS):

.....

EMAIL:

.....

MY PERSONAL DETAILS

FIRST NAME:

FAMILY NAME:.....

DATE OF BIRTH:.....

ADDRESS:.....

.....

.....

.....

TOWN/CITY:.....

COUNTRY:.....

POSTAL/ZIP CODE:.....

TELEPHONE (INC COUNTRY CODE):

.....

MOBILE/CELL (INC COUNTRY CODE):

.....

EMAIL:

.....



CONTACTOS DE EMERGENCIA

(NO TE OLVIDES DE LLEVAR TODOS LOS INFORMES MÉDICOS QUE TENGAS)

PERSONA PARA NOTIFICAR -1:.....

PARENTESCO:.....

TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DEL PAÍS):.....

MÓVIL (INCLUIR EL CÓDIGO DEL PAÍS):.....

EMAIL:

.....

PERSONA PARA NOTIFICAR -2:.....

PARENTESCO:.....

TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DEL PAÍS):.....

MÓVIL (INCLUIR EL CÓDIGO DEL PAÍS):.....

EMAIL:

.....



EMERGENCY CONTACTS

(DO NOT FORGET TO TAKE WITH YOU ALL THE MEDICAL REPORTS YOU HAVE)

PERSON TO NOTIFY -1:.....

RELATIONSHIP TO ME:.....

TELEPHONE (INC COUNTRY CODE):.....

MOBILE/CELL (INC COUNTRY CODE):.....

EMAIL:

.....

PERSON TO NOTIFY -2:.....

RELATIONSHIP TO ME:.....

TELEPHONE (INC COUNTRY CODE):.....

MOBILE/CELL (INC COUNTRY CODE):.....

EMAIL:

.....

MEDICACIÓN QUE NO DEBERÍA DE TOMAR:

Fármacos potencialmente parkinsonizantes.

| GRUPO FARMACOLÓGICO | FÁRMACOS | ALTERNATIVA |
|------------------------------|---|--|
| Neurolépticos | <i>Típicos:</i> Fenotiazinas Butirofenonas <i>Atípicos:</i> Risperidona | Clozapina Quetiapina |
| Antieméticos/procinéticos | <i>Benzamidas:</i> Metoclopramida Clebopride | Domperidona Ondansetrón |
| Antivertiginosos | Benzamidas Sulpirida | Antihistamínicos 2ª generación (excepto cetirizina y loratadina) |
| Profilácticos/Antimigrañosos | Antagonistas del calcio: Flunarizina Cinnarizina | Betabloqueantes Topiramato |
| Antihipertensivos | Reserpina Alfa-metildopa | IECA Antagonistas del calcio |
| Antiarrítmicos | Amiodarona | Indicación cardiológica |
| Antianginosos | Trimetazidina | Indicación cardiológica |
| Anticomiciales | Valproato | Indicación neurológica |

MEDICATION I SHOULD NOT BE GIVEN

Potentially parkinsonizing drugs.

| THERAPEUTIC GROUP | DRUG | ALTERNATIVE |
|-----------------------------|--|--|
| Neuroleptic | <i>Typical:</i> Phenothiazines Butyrophenones <i>Atypical:</i> Risperidone | Clozapine Quetiapine |
| Antiemetics / prokinetics | <i>Benzamides:</i> Metoclopramide Clebopride | Domperidone Ondansetron |
| Anti-vertigo drugs | Benzamides Sulpiride | 2 nd generation antihistamines (except cetirizine and loratadine) |
| Anti-migraine prophylactics | Calcium antagonists: Flunarizine Cinnarizine | Beta-blockers Topiramate |
| Antihypertensive | Reserpine Alpha-methyldopa | IACE Calcium antagonists |
| Antiarrhythmics | Amioradone | Cardiology indication |
| Antianginous | Trimetazidine | Cardiology indication |
| Anticomicials | Valproate | Neurology indication |



MI MEDICACIÓN

(Actualice estos datos cada vez que haya cambios de tratamiento)

Es muy importante que reciba **la dosis correcta** de mis medicamentos en los momentos correctos. Estos son:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: | NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: |
| DOSIFICACIÓN: | DOSIFICACIÓN: |
| POSOLOGÍA: | POSOLOGÍA: |
| NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: | NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: |
| DOSIFICACIÓN: | DOSIFICACIÓN: |
| POSOLOGÍA: | POSOLOGÍA: |
| NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: | NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: |
| DOSIFICACIÓN: | DOSIFICACIÓN: |
| POSOLOGÍA: | POSOLOGÍA: |

SOY PORTADOR DE:

☐ Bomba de apomorfina

☐ Bomba de duodopa

☐ Estimulación cerebral profunda



MY MEDICATION

(Update this data every time there are treatment changes)

It is very important that I receive **the correct dose** of my medications at the correct times. These are:

| | |
|---------------------|---------------------|
| NAME OF MEDICATION: | NAME OF MEDICATION: |
| DOSAGE: | DOSAGE: |
| TIMING: | TIMING: |
| NAME OF MEDICATION: | NAME OF MEDICATION: |
| DOSAGE: | DOSAGE: |
| TIMING: | TIMING: |
| NAME OF MEDICATION: | NAME OF MEDICATION: |
| DOSAGE: | DOSAGE: |
| TIMING: | TIMING: |

I AM A CARRIER OF:

☐ Apomorphine pump

☐ Duodopa pump

☐ Deep brain stimulation



MI MEDICACIÓN

(Actualice estos datos cada vez que haya cambios de tratamiento)

Es muy importante que reciba **la dosis correcta** de mis medicamentos en los momentos correctos. Estos son:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: | NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: |
| DOSIFICACIÓN: | DOSIFICACIÓN: |
| POSOLOGÍA: | POSOLOGÍA: |
| NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: | NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: |
| DOSIFICACIÓN: | DOSIFICACIÓN: |
| POSOLOGÍA: | POSOLOGÍA: |
| NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: | NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: |
| DOSIFICACIÓN: | DOSIFICACIÓN: |
| POSOLOGÍA: | POSOLOGÍA: |



MY MEDICATION

(Update this data every time there are treatment changes)

It is very important that I receive **the correct dose** of my medications at the correct times. These are:

| | |
|---------------------|---------------------|
| NAME OF MEDICATION: | NAME OF MEDICATION: |
| DOSAGE: | DOSAGE: |
| TIMING: | TIMING: |
| NAME OF MEDICATION: | NAME OF MEDICATION: |
| DOSAGE: | DOSAGE: |
| TIMING: | TIMING: |
| NAME OF MEDICATION: | NAME OF MEDICATION: |
| DOSAGE: | DOSAGE: |
| TIMING: | TIMING: |



OTROS MEDICAMENTOS QUE TOMO REGULARMENTE



OTHER MEDICATION I TAKE REGULARLY

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: | NOMBRE DE LA MEDICACIÓN: |
| DOSIFICACIÓN: | DOSIFICACIÓN: |
| POSOLOGÍA: | POSOLOGÍA: |

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

(Ej. GRUPO SANGUÍNEO, ALERGIAS ETC)

Firma o sello del doctor:

Fecha: / /

Nombre del médico e institución [MAYÚSCULAS]:

| | |
|---------------------|---------------------|
| NAME OF MEDICATION: | NAME OF MEDICATION: |
| DOSAGE: | DOSAGE: |
| TIMING: | TIMING: |

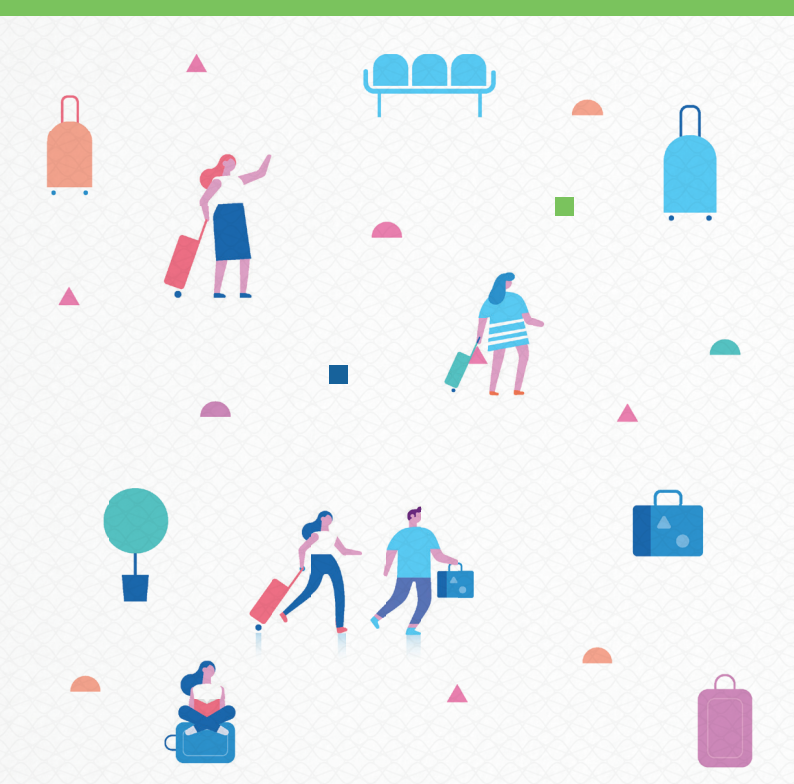
OTHER IMPORTANT INFORMATION

(EG BLOOD GROUP, ALLERGIES ETC)

Doctor's signature or stamp:

Date: / /

Doctor's name and institution [CAPITAL LETTERS]:



Para cualquier duda, llámanos



UCB Cares®

¿Tienes alguna duda? Llámanos

800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)

+34 915700649

UCBCares.ES@ucb.com

<https://www.ucbcares.es/>