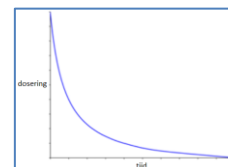


1. Aby zapewnić odpowiedzialne odstawienie leków, często wymagane jest stopniowe zmniejszanie dawki: Jeśli stopniowe zmniejszanie dawki dostępnymi komercyjnie dawkami nie powiedzie się lub powoduje zbyt duże objawy odstawienia, można przepisać leki przeznaczone do zmniejszania dawki (zawierające niższe dawki recepturowe).
2. Zmniejszanie dawki można przeprowadzić dwiema potwierdzonymi naukowo metodami:

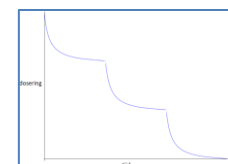
Model odstawiania leków wg Maudsleya (Maudsley Deprescribing Guidelines):

model zmniejszania dawki obrazowany za pomocą jednej pełnej hiperboli (mniejsze kroki pod koniec)



Redukcja hiperboliczna z jednej dostępnej komercyjnie dawki do drugiej dostępnej komercyjnie dawki.

Zmniejszanie dawki obrazowane za pomocą wielu osobnych hiperboli od jednej dawki do drugiej.



3. **Zaznaczyć pola czynników ryzyka;** wskazania medyczne, okres przyjmowania leku
4. **Dane pacjenta** należy wypełnić lub dołączyć etykietę z imieniem i nazwiskiem, adresem, miastem, krajem, numerem telefonu i adresem e-mail (czynność obowiązkowa do celu komunikacji z pacjentem).
5. **Dane osoby przepisującej (psychiatra/lekarz rodzinny)** należy wypełnić lub umieścić pieczętkę z danymi.
6. Wybrać model zmniejszania dawki w **Tabeli 4**. Wypełnić:
 - * Lek (zakreślić pole wyboru)
 - * Czas spożycia (wycofywanie odbywa się według momentu wlotu, wprowadź moment wlotu, który ma zostać zmniejszony)
 - * Dawka początkowa
 - * Dawka końcowa
 - * Wymagany okres zmniejszania dawki (w wielokrotnościach 28 dni)
7. Wpisać datę i poprosić lekarza o podpisanie formularza zamówienia (= ważna recepta) oraz przybicie pieczętki. Następnie należy wysłać formularz zamówienia e-mailem lub faksem na adres e-mail lub numer faksu wymieniony na górze strony.

Aby poprosić o poradę dotyczącą odpowiedzialnego zmniejszania dawki, patrz **strona 2**

8. Wypełnianie formularza samodzielnego monitorowania podczas okresu zmniejszania dawki jest niezwykle istotne. Umożliwia to pacjentom i lekarzom jak najszybsze określenie wystąpienia objawów odstawienia. **W przypadku wystąpienia objawów odstawienia:** Nasileniu objawów odstawienia lub niepowodzeniu realizacji modelu zmniejszania dawki można zapobiec poprzez stabilizację pacjenta (na najniższej dawce bez objawów odstawienia) lub wybór bardziej stopniowego zmniejszania dawki.

Aby w sposób odpowiedzialny przeprowadzić zmniejszenie dawki, można przepisać następujące blistry:

Taperingstrip	blister na 28 dni z samodzielnie wybraną dawką początkową i końcową.
Stabilizationstrip	blister na 28 dni mający na celu ustabilizowanie pacjenta na tej samej dawce
Switchstrip	blister do odpowiedzialnej zmiany leków w ciągu 28 dni

Pojęcia

Leki przeznaczone do zmniejszania dawki zostały opracowane, aby zapewnić możliwość zmniejszenia dawki leków w sposób odpowiedzialny. Model zmniejszania dawki można w razie potrzeby dostosować i zmieniać. Wybór modelu zmniejszania dawki odbywa się na podstawie *wspólnego podejmowania decyzji* i samodzielnego monitorowania. Procedura ta odbywa się zgodnie z dokładnymi wytycznymi.

W ramach blistra **Taperingstrip** dzienna dawka (podaż) jest zmniejszana zgodnie z wykresem krzywej hiperbolicznej. Oznacza to, że kroki (różnica w codziennej podaży) pod koniec stają się mniejsze. Jest to konieczne, aby w jak największym stopniu uniknąć objawów odstawienia.

Model zmniejszania dawki może być inny dla poszczególnych blistrów Taperingstrip używanych jeden po drugim. Może być stosowany w połączeniu z blistrami Stabilizationstrip.

Blister **Stabilizationstrip** może, jeśli wystąpią objawy odstawienia, zostać przepisany w celu ustabilizowania pacjenta na określonej dawce. Pacjent może w ten sposób ustabilizować daną dawkę przed kontynuowaniem skorygowanego modelu zmniejszania dawki.

Samodzielne monitorowanie: do leków przeznaczonych do zmniejszania dawki dołączony jest formularz do samodzielnego monitorowania. Formularz ten należy wypełniać raz dziennie, aby pacjent i lekarz mogli monitorować nasilenie potencjalnych objawów odstawienia (jeśli wystąpią). Jeśli wzrośnie nasilenie, można skorygować model zmniejszania dawki, aby zapobiec objawom odstawienia.

Wniosek o ZALECENIA DOTYCZĄCE ZMNIEJSZANIA DAWKI

Ja, lekarz lub pacjent (zaznaczyć odpowiednie pole) proszę o przekazanie zaleceń dotyczących harmonogramu zmniejszania dawki dla następującego pacjenta na podstawie następujących danych:

Przyjmowany lek (wstawić lek, którego dawkę należy zmniejszać)

wskazanie do stosowania leku:

U pacjenta obecnie nie występują objawy: tak nie (zaznaczyć odpowiednie pole)

Powody zmniejszania dawki:

Proszę zaznaczyć wszystkie pola, które mają zastosowanie:

- 1a. Czynniki ryzyka:
- pominięta dawka : u pacjenta wystąpiły objawy odstawienia już po pominięciu pojedynczej dawki
 - wątpliwości dotyczące zmniejszenia dawki : pacjent określił, że boi się zmniejszenia dawki
 - wcześniejsze niepowodzenie : poprzednie próby odstawienia leku były nieudane
 - rozróżnienie : istnieje potrzeba rozróżnienia między nawrotem z objawami odstawienia a „odbiciem” (rebound)
 - wolny metabolizm : nawet najniższa dawka daje wysokie stężenie w osoczu
 - wysoka dawka : dawka wynosiła ponad 100% definiowanej dawki dobowej (DDD) przez ponad 6 miesięcy
 - rozpoczęcie : wystąpiły problemy z działaniami/działaniami niepożądanymi na początku leczenia
 - zmiana w przeszłości : pacjent zmienił leki psychiatryczne raz w przeszłości
 - inne

1b. Okres przyjmowania leku: <1 rok 1-2 lata 2-5 lat 5-10 lat >10 lat

1c. Obecnie przyjmowane leki:

... .. mg pora dnia ...	<input type="checkbox"/> zmniejszanie dawki	oczekiwana dawka końcowa
... .. mg pora dnia ...	<input type="checkbox"/> zmniejszanie dawki	oczekiwana dawka końcowa
... .. mg pora dnia ...	<input type="checkbox"/> zmniejszanie dawki	oczekiwana dawka końcowa
... .. mg pora dnia ...	<input type="checkbox"/> zmniejszanie dawki	oczekiwana dawka końcowa

1d. Inne leki doustne:

..... (nazwa) mg na dobę
..... (nazwa) mg na dobę
..... (nazwa) mg na dobę
..... (nazwa) mg na dobę
..... (nazwa) mg na dobę
..... (nazwa) mg na dobę

1e. Inne informacje:

1f. Preferowana forma podania to tabletki tak (zaznaczyć pole)

1g. Okres zmniejszania dawki oczekiwany przez pacjenta: miesiące (miesiący) (liczba)

1h. Pacjent wyraża zgodę na przekazanie danych lokalnej aptece: tak (zaznaczyć pole)

Lokalna apteka:

1i. Ubezpieczalnia (ubezpieczenie zdrowotne):

2. Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia (DD-MM-RRRR): .. - .. - .. Płeć: M / K Numer ubezpieczenia społecznego:

Ulica i numer domu:

Kod pocztowy i miejscowość: Kraj:

Adres e-mail (wymagany): Telefon:

3. Imię i nazwisko lekarza przepisującego:

Numer licencji lekarskiej:

Ulica i numer domu:

Kod pocztowy i miejscowość: Kraj:

Adres e-mail (wymagany): Telefon:

Niniejszym potwierdzam, że wszystkie wymagane informacje zostały podane zgodnie z prawdą.

Data: Pieczętka lekarza:
(jeśli wymagana przez lekarza)

Podpis wnioskodawcy:

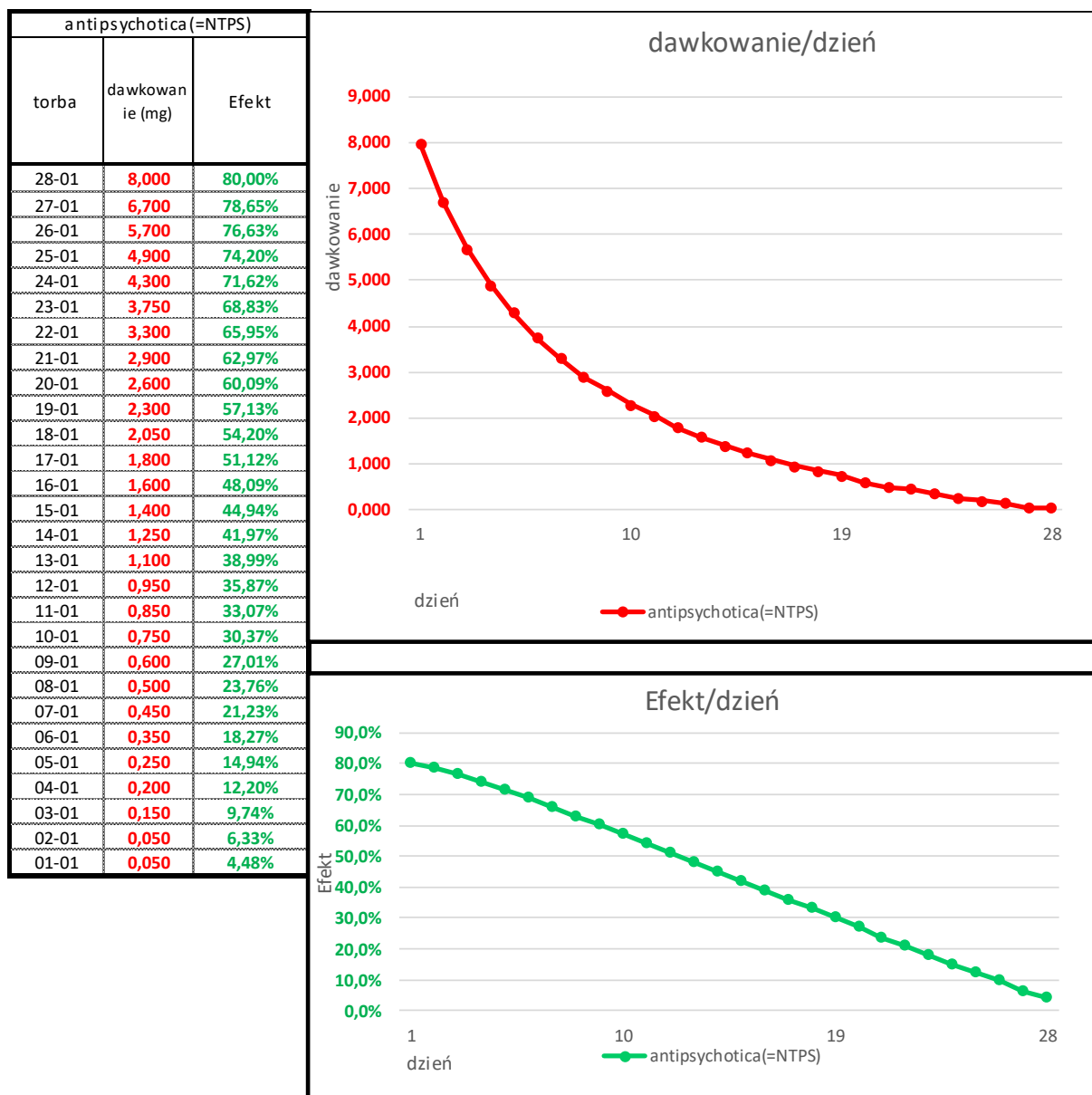
1. Nagłe zakończenie leczenia lub nagłe zmniejszenie dawki może prowadzić do poważnych objawów odstawienia. Aby tego uniknąć, przyjmowaną dawkę należy zmniejszać stopniowo w małych krokach przez dłuższy okres. Można to zrobić za pomocą blistrów Taperingstrips™.
2. Blistry Taperingstrips™ można stosować do stopniowego zmniejszenia dawki do pożądanej niższej dawki lub do zera. W przypadku zmniejszania dawki za pomocą modelu hiperbolicznego z użyciem więcej niż jednego blistra Taperingstrip, pierwsza saszetka następnego blistra zawiera taką samą lub niższą dawkę niż ostatnia saszetka z poprzedniego blistra (np. w przypadku przejścia z pierwszego blistra do drugiego blistra). W przypadku zmniejszania od dawki do dawki (w kilku mniejszych modelach hiperbolicznych), pierwsza saszetka następnego blistra zawiera dawkę równą dawce w ostatniej saszetce poprzedniego blistra. Ma to zastosowanie do każdego momentu przyjęcia leku (jeśli jest więcej niż jeden moment przyjęcia leku dziennie).
3. Lekarz prowadzący (psychiatra lub lekarz rodzinny) powinien zaplanować model zmniejszania dawki wraz z pacjentem. Nie można przewidzieć idealnego harmonogramu dla każdego pacjenta. Niektórzy pacjenci są bardziej wrażliwi na objawy odstawienia niż inni, a niektórzy pacjenci radzą sobie z objawami lepiej niż inni. Ryzyko wystąpienia objawów odstawienia i ich intensywność można zmniejszyć, wybierając bardziej stopniowy model zmniejszania dawki.
4. Blistry Taperingstrips™ są dostępne tylko na receptę. Podpisany przez lekarza formularz zamówienia stanowi ważną receptę. Po wypełnieniu formularza lekarz prowadzący powinien zakończyć dowolną aktualną receptę na lek w lokalnej aptece.
5. W większości krajów koszty leków w blistrach Taperingstrips™ są objęte refundowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Blistry Taperingstrips oraz Stabilizationstrips zawierają leki na ustalony okres 28 dni. Wszystkie blistry Taperingstrips mają tę samą cenę, podobnie jak wszystkie blistry Stabilizationstrips.
6. Po otrzymaniu formularza/recepty przez Regenboog Apotheek zostanie wysłana faktura. Po otrzymaniu płatności blistry Taperingstrips™ zostaną wysłane na adres domowy pacjenta. Pacjent otrzyma wcześniej fakturę i objaśnienie pocztą elektroniczną.
7. Bliстер Taperingstrip™ zawiera 28 ponumerowanych saszetek. Każda saszetka zawiera jedną lub kilka tabletek. Liczba tabletek może się różnić w zależności od dnia. Całkowita dawka leku zmniejsza się z czasem, w miarę jak pacjent przyjmuje tabletki z każdej codziennej saszetki.
8. Pacjent rozpoczyna zmniejszanie dawki (najlepiej) w niedzielę, biorąc tabletki w pierwszej saszetce o numerze 028. **Odliczając w dół**, pacjent kończy cztery tygodnie później w sobotę, biorąc tabletki z ostatniej saszetki o numerze 001. W ten sposób pacjent może łatwo śledzić pozostałą liczbę dawek i dni.
9. Każda saszetka w ramach blistra ma nadrukowany numer sekwencji, kolor i moc każdej tabletki, całkowitą liczbę tabletek i nazwę apteki.
10. **STABILIZACJA:** Bliстер Stabilizationstrip może pomóc utrzymać pacjenta na ustalonej dawce przez pożądany okres. Taka stabilizacja może być konieczna, jeśli zmniejszenie dawki wydaje się zbyt szybkie dla pacjenta lub pacjent nie chce zmniejszać dawki do zera, ale pozostać na optymalnej, niższej dawce. Blistry Stabilizationstrips mogą mieć prawie każdą pożądaną dawkę.
11. **WAŻNA UWAGA:** Blistry Taperingstrips™ nie mają na celu zastąpienia opieki medycznej świadczonej przez lekarza. Dokładne doradztwo i monitorowanie pacjenta jest niezbędne podczas leczenia z użyciem blistrów, a także po jego zakończeniu.

Uwaga: Leczenie z użyciem blistrów Taperingstrip™ wspiera proces zmniejszania dawki leku, zmniejszając objawy odstawienia do minimum. Jeśli wystąpią objawy odstawienia, nie będą one tak intensywne ani przedłużone, jak podczas tradycyjnego podejścia do zmniejszania dawki. Ułatwi to lekarzowi prowadzącemu rozpoznanie nawrotu (takiego jak nawrót depresji lub stanów lękowych) i szybkie rozróżnienie między nawrotem a objawami odstawienia.

Istnieje zauważalna różnica w czasie między występowaniem objawów odstawienia a nawrotem. Objawy odstawienia zwykle występują krótko lub bezpośrednio po rozpoczęciu zmniejszania dawki. Nawrót zwykle występuje na późniejszym etapie, często po zakończeniu zmniejszania dawki. Podczas gdy objawy odstawienia stają się mniej poważne i znikają z czasem, objawy w wyniku nawrotu zwykle nie znikają, a nawet mogą się pogorszyć.

W przypadku jakichkolwiek pytań lub aby uzyskać więcej informacji, należy skontaktować się z Regenboog Apotheek (Rainbow Pharmacy) pod adresem tapering@regenboogapotheek.com lub pod numerem telefonu +31-(0)161-745 061.

12. **Tabel Effect*** jako funkcja codziennej zmiany (zmniejszenia) dawki leku w ciągu 28 dni.



* „Effect” pokazuje wskaźnik zajęcia receptorów (w wartościach procentowych), gdzie lek wiąże się z receptorem jako funkcja dziennej dawki; od najniższej dostępnej komercyjnie dawki do 0. Zmiana (spadek) powinna być tak stopniowa, jak to możliwe, aby jak najskuteczniej zapobiec wystąpieniu objawom odstawienia. Efekt ten uzyskuje się poprzez obniżenie dawki zgodnie z wykresem krzywej hiperbolicznej. Oznacza, że kroki (zmiana dziennej podaży) pod koniec są mniejsze.

Objaśnienie podawania tabletek w modelu hiperbolicznym

Przygotowanie: zwiększająca się dawka → rozpocząć od saszetki 01-01

Zmniejszanie dawki: zmniejszająca się dawka → rozpocząć od saszetki 28-01

struktura	stopniowe wycofywanie	woreczek nr	NTPS mg	5 mg	1 mg	0,5 mg	0,2 mg	0,1 mg	0,05 mg
Sobota	Niedziela	28-01	8	1	3				
Piątek	Poniedziałek	27-01	6,7	1	1	1	1		
Czwartek	Wtorek	26-01	5,7	1		1	1		
Środa	Środa	25-01	4,9		4	1	2		
Wtorek	Czwartek	24-01	4,3		4		1	1	
Poniedziałek	Piątek	23-01	3,75		3	1	1		1
Niedziela	Sobota	22-01	3,3		3		1	1	
Sobota	Niedziela	21-01	2,9		2	1	2		
Piątek	Poniedziałek	20-01	2,6		2	1		1	
Czwartek	Wtorek	19-01	2,3		2		1	1	
Środa	Środa	18-01	2,05		2				1
Wtorek	Czwartek	17-01	1,8		1	1	1	1	
Poniedziałek	Piątek	16-01	1,6		1	1		1	
Niedziela	Sobota	15-01	1,4		1		2		
Sobota	Niedziela	14-01	1,25		1		1		1
Piątek	Poniedziałek	13-01	1,1		1			1	
Czwartek	Wtorek	12-01	0,95			1	2		1
Środa	Środa	11-01	0,85			1	1	1	1
Wtorek	Czwartek	10-01	0,75			1	1		1
Poniedziałek	Piątek	09-01	0,6			1		1	
Niedziela	Sobota	08-01	0,5			1			
Sobota	Niedziela	07-01	0,45				2		1
Piątek	Poniedziałek	06-01	0,35				1	1	1
Czwartek	Wtorek	05-01	0,25				1		1
Środa	Środa	04-01	0,2				1		
Wtorek	Czwartek	03-01	0,15					1	1
Poniedziałek	Piątek	02-01	0,05						1
Niedziela	Sobota	01-01	0,05						1
				3	31	13	23	11	12

Po wypełnieniu tej strony zeskanuj ją i wyślij e-mailem na adres tapering@regenboogapotheek.com lub
przefaksować na numer +31 85-2736129 (oba kanały są zabezpieczone).

RECEPTA



(Leki zostaną wysłane po otrzymaniu płatności.)

Czas stosowania leku: <1 rok 1-2 lata 2-5 lat 5-10 lat >10 lat

Czynnik ryzyka: pominięta dawka zmniejszenie leku wcześniejsze niepowodzenie rozróżnienie wolny metabolizm wysoka dawka początkowa

Inicjały i imię pacjenta*:

Data urodzenia (DD_MM_RRRR)*: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Seks*: M K

ulica i numer domu*:

Kod pocztowy i adres*:

Adres e-mail*:

Lokalna apteka:

Pacjent wyraża zgodę na otrzymanie leku z apteki Regenboog* Tak

Pacjent wyraża zgodę na przesyłanie informacji do lokalnej apteki* Tak

lub przyklej etykietę

Ubezpieczenie społeczne nr: _ _ _ _ _

Telefon: _ _ _ _ _

Nazwisko lekarza przepisującego*:

Numer rejestracyjny lekarza*:

ulica i numer domu*:

Kod pocztowy i adres*:

Adres e-mail*:

Telefon*:

Data (DD_MM_RRRR)*: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Lekarz stempłowy (preferowany)

podpis Lekarz*:

Podawaj lek z hiperbolicznym spadkiem dawki lub Liniowym spadkiem dawki.

Jeśli lek nie jest lekiem kontrolowanym, wyślemy go pacjentowi.

*** obowiązkowy**

Wypełnij CZERWONE kolumny – UWAGA: Wypełnij jeden formularz recepty na każdy moment przyjęcia

Medycyna krzyżowa	DDD (mg)	Dawka (zwiększanie/zmniejszanie/stabilizowanie)					Całkowity czas zmniejszania się dawki		Średni okres karencji od DDD (mg)→0
		Najmniejsza dawka na rynku (mg)	Najniższa dawka w pasku (mg)	moment wlotu	dawka początkowa (mg)	ostateczna dawka (mg)	Liczba pasków	Liczba dni na pasek	
<input type="checkbox"/> amisulpride	400	50	0,5	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> aripiprazol	15	5	0,1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> broomperidol	10			_ : _			w fazie rozwoju (3-12 miesięcy)		
<input type="checkbox"/> chloorpromazine	100	25	0,5	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _	w fazie rozwoju (3-12 miesięcy)		
<input type="checkbox"/> clozapine	300	25	1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> flupentixol	6	0,5	0,01	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _	w fazie rozwoju (3-12 miesięcy)		
<input type="checkbox"/> haloperidol	8	1	0,05	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> levomepromazine	300	25	1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> olanzapine	10,0	2,5	0,025	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> paliperidon	6	3	0,1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _	w fazie rozwoju (3-12 miesięcy)		
<input type="checkbox"/> perfenazine	30	20	20	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _	w fazie rozwoju (3-12 miesięcy)		
<input type="checkbox"/> periciazine	50	5	5	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> pimozide	4	1	0,05	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> pipamperon	200	40	1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> quetiapine	400	25	1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> quetiapine_retard	400		1	_ : _				28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> risperidone	5	0,5	0,025	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> sulpiride	800	50	2,5	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _		28 dni	6 x 28 dni
<input type="checkbox"/> tiapride	400	100	1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _	w fazie rozwoju (3-12 miesięcy)		
<input type="checkbox"/> zuclopentixol	30	2	0,1	_ : _	_ / _ / _	_ / _ / _	w fazie rozwoju (3-12 miesięcy)		
				Prosimy o uwzględnienie w asortymencie					

*** Jeśli dawka jest wyższa niż definiowana dawka dobową (DDD): Dodać jeden dodatkowy blister Taperingstrip na ½ DDD

*** Jeśli dawka jest niższa niż definiowana dawka dobową (DDD): Odjąć jeden blister Taperingstrip na ½ DDD.



J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

KWITANTIE VOOR: DATUM: xx-xx-xxxx

E Example
 Brigidastraat 12
 4854 CT Bavel

Arts	Zi-nr	Omschrijving	Materiaal	Tarief WMG	Bijbet.	Prestatiekoppelnr	Bedrag	BTW
		Betreft E Example, 01-01-2001/V BSN:			(Invoice for Insurance Company			
S/SPBUI		1ST Medication Tapering 28 days		95,00		VRB03407100230623	95,00	0,00

FRR03407

Voorschrift van:

H = Huisarts HS = Huisarts op advies specialist
 S = Specialist HV = Handverkoop
 V = Verloskundige P = Psychiater / Neuroloog
 T = Tandarts

Bank NL70RABO039.50.37.679
 KvK 20060757
 BTW NL0087.63.914.B.01

RECEPTNUMMER

TE BETALEN

37022099P/FRB03407

95,00

Algemene Verkoop- en Betalingsvoorwaarden zijn op 1 februari 2009 gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage (HR 40 409 373)

J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

Data of pharmacy and Registered Pharmacists

E Example
 Brigidastraat 12
 4854 CT Bavel

Personal data of patient (address)

FRR03407 & 37022099P/FRB03407

Invoice number

Bank NL70RABO039.50.37.679

IBAN

KvK 20060757

Registration number Chamber of Commerce

NEDERLANDS	ENGLISH	DEUTSCH	FRANCAIS
Kwitantie	Receipt	Quittung	Reçu
Datum	Date	Datum	Date
Arts	Physician	Arzt	Médecin
Zi-nr	Medicine number	Medikamentennummer	Numéro de médicament
Omschrijving	Description medication	Beschreibung	Description
Tarief WMG	Rate	Rate	Taux
Prestatiekoppelnr.	Correlated handling no.	Leistungszahl	Numéro de prestation
Bedrag	Amount	Menge	Montant
BTW	VAT	MwSt	T.V.A.
Te betalen	To pay	Zu zahlen	à payer