

ALLEGATO

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI BUCCOLAM

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice fiscale _____
Residente a _____	Regione _____
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta _____	

Il farmaco può essere prescritto da medici specialisti in Neuropsichiatria Infantile, Neurologia e Pediatria

La prescrizione di Buccolam è a carico del SSN solo se rispondente ad una delle seguenti condizioni:

- | |
|---|
| <p>1) Trattamento acuto delle crisi nelle epilessie dell'età pediatrica con elevato rischio di occorrenza di crisi prolungate o di stato di male epilettico</p> <p>- Forme idiopatiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sindrome di Dravet - Sindrome di Panayiotopoulos <p>2) Trattamento acuto delle crisi nelle altre epilessie dell'età pediatrica, dopo un precedente episodio di crisi prolungata o di stato di male epilettico</p> <p>- Forme idiopatiche</p> <p>- Forme sintomatiche a varia eziologia</p> |
|---|

Si raccomanda la presa visione ed osservanza della nota limitativa AIFA n° 93

Piano terapeutico valido 12 mesi	<input type="checkbox"/>	Prima prescrizione	<input type="checkbox"/>	Proseguimento della cura
Età del bambino _____				
Dose prescritta in caso di crisi epilettica in atto: <input type="checkbox"/> Età da 6 mesi a 1 anno: 2,5 mg				
<input type="checkbox"/> Età da 1 a 5 anni: 5 mg				
<input type="checkbox"/> Età da 5 a 10 anni: 7,5 mg				
<input type="checkbox"/> Età da 10 a 18 anni: 10 mg				

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico specialista prescrittore

