

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI BUCCOLAM

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

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ sesso 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:

- 1) **Trattamento acuto delle crisi nelle epilessie dell'età pediatrica con elevato rischio di occorrenza di crisi prolungate o di stato di male epilettico**
 - **Forme idiopatiche**
 - **Sindrome di Dravet**
 - **Sindrome di Panayiotopoulos**
 - **Trattamento acuto delle crisi nelle altre epilessie dell'età pediatrica, dopo un precedente episodio di crisi prolungata o di stato di male epilettico**
 - **Forme idiopatiche**
 - **Forme sintomatiche a varia eziologia**

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

Piano terapeutico valido 12 mesi <input type="checkbox"/>	Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione della cura <input type="checkbox"/>
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