

Condizioni cliniche e criteri di eleggibilità:

Bambini con diagnosi di epilessia (indicazione autorizzata):
 La prescrizione di midazolam oromucosale deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Bambini di età superiore ai 3 anni, con crisi febbrili convulsive prolungate (L. 648/96):
 Criteri di eleggibilità:
 - soggetti di età ≥ 3 anni con diagnosi di crisi febbrili convulsive prolungate.
 - acquisizione del consenso informato da parte del paziente/genitore/tutore

Adulti (L. 648/96):
 Criteri di eleggibilità:
 - pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di epilessia già sottoposti a terapia in età pediatrica per crisi convulsive acute prolungate;
 - pazienti di età ≥ 18 anni con esordio delle crisi dopo i 18 anni e comparsa di crisi prolungate o in cluster.
 - acquisizione del consenso informato del paziente/genitore/tutore

Programma terapeutico:

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Rinnovo della prescrizione:		
Dose prescritta in caso di crisi epilettica in atto:			Colore dell'etichetta
	Età da 6 mesi ad 1 anno	2.5 mg	Giallo
	Età da 1 a 5 anni	5 mg	Blu
	Età da 5 a 10 anni	7.5 mg	Viola
	Età da 10 a < 18 anni	10 mg	Arancione
	Età ≥ 18 anni	10 mg	Arancione

Chi presta assistenza al paziente deve somministrare solo una singola dose di midazolam. Se la crisi non cessa entro 10 minuti dalla somministrazione di midazolam, deve essere richiesta assistenza medica d'emergenza e la siringa vuota deve essere consegnata all'operatore sanitario, per fornire informazioni sulla dose ricevuta dal paziente.

Quando le crisi si ripresentano dopo una risposta iniziale, una seconda dose o una dose ripetuta non deve essere somministrata senza consultare prima il medico

Fare riferimento al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) per indicazioni in merito a controindicazioni, avvertenze speciali/ precauzioni di impiego e modo di somministrazione.

La validità del Piano terapeutico è al massimo di 12 mesi

Data di scadenza del PT: _____

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

