

## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI BUCCOLAM

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

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sexso 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
  
- 2) 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° 93

<b>Piano terapeutico valido 12 mesi</b> <input type="checkbox"/>	Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Prosecuzione della cura <input type="checkbox"/>
Età del bambino _____		
<b>Dose prescritta in caso di crisi epilettica in atto:</b>		
<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

