



DIREZIONE SANITA' E WELFARE

Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica

Scheda per la prescrizione di cenobamato nel trattamento delle crisi convulsive a insorgenza focale con o senza generalizzazione secondaria in pazienti adulti affetti da epilessia che non sono stati adeguatamente controllati nonostante una storia di trattamento con almeno due medicinali antiepilettici

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____ Sesso M F

Data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____

Codice Fiscale

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____

Diagnosi: _____

Parametri clinici: _____

La prescrizione a carico dell'SSN di cenobamato può essere effettuata solamente da medici specialisti in neurologia; deve essere effettuata solamente in pazienti affetti da epilessia che non sono stati adeguatamente controllati nonostante una storia di trattamento con almeno due medicinali antiepilettici.

Farmaco prescritto _____ Dosaggio _____ Posologia _____

Prima prescrizione Prosecuzione terapia

Progressa terapia (**indicare almeno 2 medicinali antiepilettici**): _____

Numero di confezioni totali per Scheda di prescrizione: _____

Durata prevista del trattamento: _____
(N.B. La durata massima della Scheda di prescrizione è di **6 mesi**)

Si ricorda al medico di consultare sempre l'RCP prima di prescrivere il medicinale Cenobamato.

Data ___/___/___

Timbro e firma
del medico prescrittore
