



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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____
Codice Fiscale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 _____
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia
Progressa terapia ( <b>indicare almeno 2 medicinali antiepilettici</b> ): _____
Numero di confezioni totali per Scheda di prescrizione: _____
Durata prevista del trattamento: _____ (N.B. La durata massima della Scheda di prescrizione è di <b>6 mesi</b> )

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

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma  
del medico prescrittore

\_\_\_\_\_