

**PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA**  
per la prescrizione di **ZEBINIX** (eslicarbazepina acetato)  
(valido per 6 mesi)

**Zebinix è indicato come terapia aggiuntiva negli adulti con crisi a esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria.**

Centro prescrittore: \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico prescrittore: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Paziente (nome, cognome) \_\_\_\_\_ Età (anni): \_\_\_\_\_

Sesso M  F  Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

ASL di residenza: \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Il farmaco può essere prescritto da medici specialisti in **neurologia** e **neuropsichiatri infantili**.

**Criteri di eleggibilità** (Tutte le risposte devono essere Sì per la prescrizione di ZEBINIX a carico del SSN)

1- Il paziente è **adulto** con crisi a esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria?

Sì  No

2- Altri medicinali anti-epilettici si sono rivelati inadeguati o non sono stati tollerati?

Sì  No

3- Se tra le terapie precedenti alla eslicarbazepina erano inclusi i carbrossamidi (carbamazepina, oxcarbazepina e rufinamide) indicare se la loro data di sospensione è almeno 3 mesi antecedente all'inizio di trattamento con ZEBINIX:

Sì  No

4- Il paziente non è attualmente in terapie concomitanti con i carbrossamidi (carbamazepina, oxcarbazepina e rufinamide)?

Sì  No

