PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI BUCCOLAM

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (nome e cognome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome)_____

Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ 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

- 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°

Piano terapeutico valido 12 mesi ☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura

Età del bambino _____

Dose prescritta in caso di crisi epilettica in atto:
- ☐**Età da 6 mesi a 1 anno: 2,5 mg**
- ☐**Età da 1 a 5 anni: 5 mg**
- ☐**Età da 5 a 10 anni: 7,5 mg**
- ☐**Età da 10 a 18 anni: 10 mg**

Data ___/___/____

Timbro e firma del medico specialista prescrittore