



**S.I.S. :REGIONE PUGLIA**  
**ASL: 160113 - BT**

**Id. Piano**

**PIANO TEREPEUTICO (1) PER LA PRESCRIZIONE DELLA SPECIALITA'  
MEDICINALE EPIDYOLEX (cannabidiolo)**

*La prescrivibilità di questo medicinale è consentita ai soli medici appartenenti a centri ospedalieri o specialisti neurologo, neuropsichiatra infantile, pediatra.*

EPIDYOLEX® è indicato, **come terapia aggiuntiva**, in associazione con clobazam, per le crisi epilettiche associate a sindrome di Lennox Gastaut (LGS) o a sindrome di Dravet (DS) nei pazienti a partire da 2 anni di età.

**La rimborsabilità è limitata al trattamento dei pazienti che abbiano mostrato una risposta insufficiente o assente ad almeno due diversi farmaci antiepilettici e inoltre sia fallito il trattamento con almeno uno dei seguenti farmaci: rufinamide, stiripentolo o topiramato.**

<b>Centro Prescrittore</b>	<input type="text"/>		
<b>Medico Prescrittore</b>	<input type="text"/>		
<b>Telefono</b>	<input type="text"/>	<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>

<b>Codice fiscale</b>	<input type="text"/>	<b>Cognome nome</b>	<input type="text"/>	
<b>Data nascita</b>	<input type="text"/>	<b>Sesso</b>	<input checked="" type="radio"/> Maschio	<input type="radio"/> Femmina
<b>Peso(Kg)</b>	<input type="text"/>	<b>Asl Residenza</b>	<input type="text"/>	
<b>Residenza</b>	<input type="text"/>	<b>Provincia</b>	<input type="text"/>	<b>Regione</b> <input type="text"/>

<b>Diagnosi</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sindrome di Lennox Gastaut (LGS) <input type="checkbox"/> Sindrome di Dravet (DS)
<b>Formulata in data</b>	<input type="text"/>
<b>Centro di Riferimento</b>	<input type="text"/>
<b>Sede</b>	<input type="text"/>

**CRITERI DI ELEGGIBILITA' AL TRATTAMENTO (al fine della prestazione devono essere soddisfatti entrambi):**

☒ Fallimento al almeno due diversi farmaci antiepilettici:

☒ Fallimento al trattamento con almeno uno dei seguenti farmaci:

☒ Rufinamide  
☐ Stiripentolo  
☐ Topiramato

<b>Farmaco Prescritto</b>	048251019 EPIDYOLEX*100MG/ML OS	<b>Posologia (2)</b>	UNA AL GIORNO
<b>Durata trattamento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura
<b>Data Emissione</b>	<input type="text"/>	<b>Data Termine</b>	<input type="text"/>

NB. la validità del PT non può superare i **12 mesi**.

(1) Da redigere in triplice copia: una da inviare al servizio farmaceutico dell'Azienda ASL di residenza del paziente a cura del centro prescrittore, una al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta per il tramite dell'assistito, la terza copia va trattenuta nel centro dove viene compilato.  
(2) Fare riferimento al paragrafo 4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).