

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

***Piano Terapeutico 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 2 medicinali antiepilettici"***

Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa _____	
Nome e Cognome dell'assistita/o _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____	Nata/o a _____ il ____ / ____ / ____
Indirizzo _____	Tel. _____
ASP di residenza _____	Prov. _____
Diagnosi _____	
_____	
Parametri Clinici _____	
_____	

Farmaco prescritto _____	
Dosaggio _____	Posologia _____
Durata prevista della terapia _____	
Pregressa terapia _____ <i>(indicare almeno 2 farmaci antiepilettici)</i>	
Numero di confezioni totali per Piano Terapeutico _____	
Data ____ / ____ / ____	
Timbro e firma del Medico prescrittore	

***La durata massima del piano terapeutico è di 6 mesi***