



Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare  
Commissione Regionale del Farmaco  
(D.G.R. 1540/2006 e 392/2015, Det. 4187/2018)

*Documento PTR n. 313 relativo a:*

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE  
PER LA PRESCRIZIONE DI  
PERAMPANEL**

*Aggiornamento Gennaio 2025*

**Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco****Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di perampanel**

Validità del Piano terapeutico: 6 mesi

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore _____
Tel _____ Mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    Peso(kg) _____    Data di Nascita _____    Comune di nascita _____
Residenza _____    C.F. _____    Tel. _____
Regione _____    ASL Residenza _____    Prov. _____
MMG o PLS _____

Il farmaco è rimborsato dal SSR se prescritto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria infantile e Pediatria che operano nelle Aziende Sanitarie. Perampanel rappresenta una ulteriore opzione da utilizzarsi nell'ambito del trattamento aggiuntivo ad altri antiepilettici per i pazienti, a partire dai 12 anni di età, affetti da:

- epilessia con crisi parziali, con o senza generalizzazione secondaria, refrattaria alla terapia di mantenimento con la associazione di almeno 2 antiepilettici (criteri di eleggibilità dei principali studi registrativi che hanno valutato efficacia e sicurezza del farmaco);
- epilessia generalizzata idiopatica con crisi tonico-cloniche generalizzate primarie, refrattaria ad 1 trattamento.

La erogazione è limitata alla Distribuzione diretta.

**Criteri di eleggibilità:****Diagnosi di:**

- ☐ epilessia con crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria
- ☐ epilessia generalizzata idiopatica con crisi primariamente generalizzate tonico-cloniche

**Refrattarietà alla terapia con altri antiepilettici****Antiepilettici con cui il paziente è attualmente in trattamento:** \_\_\_\_\_**Posologia:** \_\_\_\_\_☐ prima prescrizione☐ prosecuzione di cura

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_