

Documento PTR n. 313 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DEL
FARMACO PERAMPANEL**

Luglio 2018

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione del farmaco 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:**

Data _____

Timbro e Firma del Medico
