

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI LACOSAMIDE
NEL TRATTAMENTO DELLE CRISI AD ESORDIO PARZIALE CON O SENZA GENERALIZZAZIONE
SECONDARIA IN ADULTI CON EPILESSIA.**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di specialisti neurologi.

| | |
|---|--------------|
| Centro prescrittore _____ | |
| Medico prescrittore (cognome, nome) _____ | |
| Tel. _____ | e-mail _____ |

| | |
|---|---|
| Paziente (cognome, nome) _____ | |
| Data di nascita _____ | sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____ peso (Kg) _____ |
| Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Tel. _____ |
| ASL di residenza _____ | Regione _____ Prov. _____ |
| Medico di Medicina Generale _____ | recapito Tel. _____ |

Indicazione autorizzata nei pazienti adulti:

Lacosamide è indicato come monoterapia nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria in adulti con epilessia.

Lacosamide è indicato come terapia aggiuntiva:

- nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria in adulti con epilessia;
- nel trattamento delle crisi tonico-cloniche generalizzate primarie (PGTCS) in adulti con epilessia generalizzata idiopatica.

Indicazione rimborsata SSN nei pazienti adulti:

Lacosamide è indicato come monoterapia e come terapia aggiuntiva nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria in adulti con epilessia che hanno fallito* un precedente trattamento con levetiracetam o presentino controindicazioni all'uso di levetiracetam.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Al paziente è stata diagnosticata epilessia con crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria, e presenta tutte le seguenti condizioni:

1. Ha un'età uguale o superiore a 18 anni e presenta crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria.
2. Ha fallito un precedente trattamento con levetiracetam o presenta controindicazioni all'uso di levetiracetam.

*Specificare la causa di fallimento:

- ☐ inefficacia primaria
- ☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
- ☐ comparsa di eventi avversi _____ specificare
- ☐ altro _____ specificare



La prescrizione di *lacosamide* deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Prescrizione

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prima prescrizione | Prosecuzione terapia: | |
| | con modifiche <input type="checkbox"/> | senza modifiche <input type="checkbox"/> |
| Farmaco | Posologia* | Durata |
| Lacosamide 50 mg compresse rivestite con film | | |
| Lacosamide 100 mg compresse rivestite con film | | |
| Lacosamide 150 mg compresse rivestite con film | | |
| Lacosamide 200 mg compresse rivestite con film | | |
| Lacosamide sciroppo da 10 mg/ml 1 flacone da 200 ml | | |
| | | |

*Posologia (Fare riferimento al paragrafo 4.2 dell'RCP).

La validità del Piano terapeutico è al massimo di 12 mesi.

Data_____

Timbro e firma del medico prescrittore

22A03748

