



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

Id. Piano 750069783

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI FENFLURAMINA  
(FINTEPLA®)

NEL TRATTAMENTO DI CRISI EPILETTICHE ASSOCIATE A SINDROME DI DRAVET  
NEI PAZIENTI DI ETA' PARI O SUPERIORE AI 2 ANNI.

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o di specialisti – neurologo, neuropsichiatria infantile.

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

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

**Indicazione autorizzata:** trattamento di crisi epilettiche associate alla sindrome di Dravet come terapia aggiuntiva ad altri medicinali antiepilettici per pazienti di età pari o superiore ai 2 anni.

**Indicazione rimborsata SSN:** trattamento di crisi epilettiche associate alla sindrome di Dravet come terapia aggiuntiva ad altri medicinali antiepilettici per pazienti di età pari o superiore ai 2 anni che abbiano mostrato una risposta insufficiente o assente ad almeno due farmaci antiepilettici.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:  
Al paziente è stata diagnosticata sindrome di Dravet (DS) e presenta tutte le seguenti condizioni:

1. Ha un'età uguale o superiore a 2 anni ed è attualmente già in trattamento con almeno un farmaco antiepilettico (terapia aggiuntiva).

2. Ha fallito un precedente trattamento con almeno due farmaci antiepilettici.

Precedenti terapie effettuate:

Principio Attivo	
Motivo sospensione	
Principio Attivo	
Motivo sospensione	

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

### PROGRAMMA TERAPEUTICO

**Conf. e forma farmac.**

**Posologia \***

☒ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione cura

☐ Con modifiche

☐ Senza Modifiche

☒ Con stiripentolo

☐ Senza stiripentolo

**Durata trattamento**

☐ Giorni

☒ Mesi

**Data Termine**

**Data Decorrenza**

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

**La validità massima del Piano terapeutico è di 6 mesi per i primi 2 anni e successivamente di 12 mesi.**