

SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DELLA TOSSINA BOTULINICA

Paziente _____ Data di nascita _____

Sesso M F Cod.Fisc. _____

Indirizzo _____

Diagnosi patologia di base: _____

U.O. Richiedente _____ Data _____

Farmaco _____ Quantità richieste U _____

Indicazioni terapeutiche registrate:

- Distonia Cervicale/Torcicollo Spasmodico Blefarospasmo Spasmo Emifacciale
- Distonie focali associate al blefarospasmo ed allo spasmo emifacciale Paralisi cerebrale infantile
- Spasticità post ictus Iperidrosi ascellare
- Incontinenza urinaria in adulti con iperattività neurogena del detrusore della vescica Emicrania cronica

Indicazioni terapeutiche off-label consolidate – Lista AIFA farmaci neurologici:

- Spasticità Distonie focali e segmentarie Iperidrosi focale
- Disfunzioni Vescica-Uretrali di origine neurologica (somministrazione intravesicale)
- Scialorrea da cause diverse in pazienti pediatrici Trattamento sintomatico del morbo di Hirshsprung

Durata del ciclo terapeutico _____

Intervallo di somministrazione _____

Note prescrittive _____

Indicazioni autorizzate	Distonia cervicale/ Torcicollo spasmodico	Blefarospasmo	Spasmo emifacciale	Distonie focali associate al blefarospasmo ed allo spasmo emifacciale	Paralisi cerebrale infantile	Spasticità post-ictus adulto	Iperidrosi ascellare	Incontinenza urinaria in adulti con iperattività neurogena del detrusore della vescica	Emicrania cronica
BOTOX	SI	SI	SI	SI	SI	SI *	SI	SI	SI
DYSPORT	SI	SI	SI	NO	SI	SI **	NO	NO	NO
XEOMIN	SI	SI	NO	NO	NO	SI ***	NO	NO	NO

* Spasticità del polso e della mano

** Spasticità dell'arto superiore ed inferiore

*** Spasticità del polso flessore e pugno chiuso

Medico richiedente _____ Telefono _____

Firma e Codice _____