

Documento PTR n. 188 relativo a
Scheda Regionale
per la prescrizione di
Onabotulinumtoxin A
nella profilassi
della emicrania cronica

Settembre 2013

Scheda Regionale per la prescrizione di
Onabotulinumtoxin A nella profilassi della emicrania cronica

" primo ciclo di trattamento con tossina botulinica A

" ciclo di trattamento in paziente recidivato dopo un precedentemente trattamento con tossina botulinica A

Centro prescrittore (timbro): _____

Medico prescrittore (nome e cognome/timbro) : _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ sesso M " F " Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ AUSL di residenza _____ Regione _____

Medico di Medicina generale _____

Onabotulinumtoxin A è a carico del SSR se la scheda di prescrizione è rilasciato dai Centri Cefalea di III° livello della Regione Emilia-Romagna e se la prescrizione risponde ai criteri previsti del Doc. PTR n.187.

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI (criteri di elezione)

Sono eleggibili:

" pazienti adulti (≥ 18 aa.) con diagnosi di emicrania cronica (cefalea con frequenza • 15 gg/mese di cui almeno 8 gg. di emicrania, per almeno 3 mesi) valutati dopo un trattamento "di disassuefazione" rispetto ad un precedente uso eccessivo di farmaci sintomatici e che presentano in ciascuno dei 3 mesi di valutazione entrambe le seguenti caratteristiche:

" almeno 4 distinti episodi di cefalea

" durata episodi di cefalea • 4 ore

" assunzione, senza successo, di almeno 3 diverse classi di farmaci per la profilassi in monoterapia e in associazione in dosi adeguate per almeno 4 mesi ciascuna

" beta bloccanti

" antidepressivi triciclici

" antiepilettici

" calcio antagonisti

" antistaminici

Programmazione delle prime 2 sedute: " 1° seduta " 2° seduta

n.di gg. cefalea/mese nei 3 mesi precedenti l'inizio del trattamento _____
riportare il n. medio di giorni di cefalea

medicinale _____ dosaggio _____ n. di flaconi: _____

compilare tale sezione per approvvigionarsi dei primi 2 trattamenti

Programmazione delle sedute successive:

seduta n. _____ • % gg. cefalea rispetto all'inizio del trattamento $\geq 30\%$ sì " no "
l'emicrania è diventata episodica? sì " no "

medicinale _____ dosaggio _____ n. di flaconi: _____

compilare tale sezione per approvvigionarsi dei trattamenti successivi al secondo

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore _____

La scheda deve essere ripresentata per avere la disponibilità del farmaco ad ogni seduta.
Ogni ciclo di trattamento comprende al massimo 6 somministrazioni