

Prot. n. 536520GR/11/02

Roma, 07/10/2015

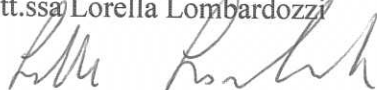
Ai Direttori Generali e Commissari Straordinari
Aziende Sanitarie Locali
Aziende Ospedaliere
Policlinici Universitari
IRCCS
del Lazio
LORO SEDI

Oggetto: Aggiornamento scheda regionale tossina botulinica.

Si trasmette per gli adempimenti di competenza la scheda regionale aggiornata, per la prescrizione dei medicinali contenenti tossina botulinica.

Si pregano le strutture in indirizzo alla massima diffusione della presente a tutti i soggetti interessati.

Il Dirigente dell'Area
Dott.ssa Lorella Lombardozzi



Il Direttore
Dott.ssa Flori Degrassi



V.D.



SCHEDA REGIONE LAZIO PER LA PRESCRIZIONE DI
TOSSINA BOTULINICA

Paziente:	C.F. :
Data di Nascita:	Residenza:
Diagnosi, Patologia di base:	Domicilio ASL:

Farmaco: _____ Quantità richieste U: _____

Durata del ciclo terapeutico: _____

Intervallo di somministrazione: _____

Note prescrittive: _____

Indicazioni Terapeutiche Registrate:

- Blefarospasmo
- Distonia Cervicale/Torcicollo Spasmodico (latero, retro e rotatorio)
- Spasmo Emifacciale
- Spasticità Post Ictus
- Paralisi Cerebrale Infantile
- Iperidrosi Ascellare
- Distonie focali associate al blefarospasmo ed allo spasmo emifacciale
- Incontinenza da iperattività neurogena del muscolo detrusore della vescica
- Trattamento dell'emicrania cronica[§]
- Incontinenza da vescica iperattiva idiopatica[§]

Indicazioni Terapeutiche in L.648/96: limitatamente alle forme non incluse nelle indicazioni autorizzate

- Spasticità
- Distonie focali e segmentarie
- Iperidrosi focale primaria (palmare, plantare o facciale)
- Scialorrea da cause diverse in pazienti pediatriche
- Trattamento sintomatico del morbo di Hirshsprung

A.I.C. TOSSINE BOTULINICHE DI TIPO A

Indicazioni Autorizzate	Distonia Cervicale-Spasmodico (latero, retro e rotatorio)	Torcicollo rotatorio	Blefarospasmo	Spasmo Emifacciale	Distonie focali Associate al blefarospasmo ed allo spasmo emifacciale	Paralisi Cerebrale infantile	Spasticità post-ictus adulto	Iperidrosi ascellare	Emicrania Cronica [§]	Incontinenza da iperattività neurogena del detrusore della vescica	Incontinenza vescica iperattiva idiopatica [§]
BOTOX®	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si*	Si	Si	Si	Si
DYSPORT®	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si**	No	No	No	No
XEOMIN®	No	Si	Si	No	No	No	Si***	No	No	No	No

* Spasticità del polso e della mano

** Spasticità dell'arto superiore ed inferiore

*** Spasticità del polso flessore e pugno chiuso

§ Dopo il fallimento della terapia orale

Medico Richiedente: _____	U.O. : _____
Struttura: _____	Telefono: _____
Firma e Codice: _____	
Data: _____	