




Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi - GR/39/21

Ai Direttori generali e
Commissari straordinari di:

- Aziende USL
 - Aziende Ospedaliere
 - Policlinici Universitari
 - IRCCS
 - Ospedali ex classificati
- e, p.c., Federfarma, Confservizi, Farmacap

Oggetto: farmaco **Rifaximina (TIXTELLER®)** – integrazione Centri prescrittori – Ospedale Israelitico

Ad integrazione delle precedenti note regionali, si comunica che è autorizzata alla prescrizione del farmaco Tixteller anche l'UOC Medicina interna dell'Ospedale Israelitico, secondo le modalità già indicate nella precedente nota prot. 1008265 del 06.12.2021 (in allegato).

Il Dirigente
Lorella Lombardozi


Il DIRETTORE
Massimo Ammicchiarico


A.T. 11/03/2022

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00147 ROMA
tel. 06/5168.4473-5323 fax 06/5168.5450
e-mail: atiberio@regione.lazio.it
posta certificata: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

Prot. GR 39/21

Roma,

Ai Direttori generali e
Commissari straordinari di:

- Aziende USL
- Aziende Ospedaliere
- Policlinici Universitari
- IRCCS
- Ospedali classificati

Oggetto: farmaco **Rifaximina (TIXTELLER®)** – revisione scheda di prescrizione

Vista la G.U. 227 del 22/09/2021 che recepisce la Determina AIFA nr. 678 dell'8 settembre 2021, a seguito delle modifiche del paragrafo 4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto del farmaco Tixteller che prevede il trattamento a lungo termine per la riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata, si trasmette scheda prescrittiva in allegato. Si chiede di darne massima diffusione ai prescrittori.

Il Dirigente
Lorella Lombardo

Il DIRETTORE
Massimo Annicchiarico



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
TIXTELLER (Rifaximina) 550 mg 56 cpr

Assistito: _____ Codice Fiscale: _____

Data di nascita _____ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____ Distretto _____

La prescrizione di Rifaximina 550 mg è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:

Riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età \geq 18 anni

PIANO TERAPEUTICO

Dosaggio _____ Posologia _____

Durata prevista della terapia¹ _____

Numero di confezioni per Piano Terapeutico _____

Annotazioni _____

Prima prescrizione Prosecuzione trattamento

Data successivo controllo _____

Copia valida per N. _____ confezioni

Data _____

Medico Prescrittore Dr / Prof _____

U.O. _____

Tel. _____

Firma e timbro del medico prescrittore²

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 12 mesi

2. I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni

3. Il Piano deve essere redatto dalle UU.OO. di Gastroenterologia, Infettivologia o Medicina Interna dei Centri di riferimento individuati dalla Regione Lazio