



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

e, p.c., al Direttore generale dell'AIFA

**Oggetto:** prescrivibilità e modalità erogative del farmaco **Rifaximina (TIXTELLER®)** -  
integrazione note prot. 37455/2017, 52177/2017 e 276076/2017

Ad integrazione delle note prot. 37455 del 25.01.2017, 52177 del 02.02.2017 e 276076 del 30.05.2017, si invia in allegato la scheda regionale per la prescrizione del farmaco Tixteller, che dovrà essere redatta dagli specialisti dei Centri prescrittivi regionali individuati dalle suddette note, al fine di consentire la prosecuzione della terapia da parte dei Medici di medicina generale a carico del Servizio sanitario regionale.

Il Dirigente

Lorella Lombardozi

Il DIRETTORE  
Renato Botti

A.T. 19/06/2019

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00147 ROMA  
tel. 06/5168.4473 fax 06/5168.5450  
e-mail: [lolombardozi@regione.lazio.it](mailto:lolombardozi@regione.lazio.it)  
posta certificata: [politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it](mailto:politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it)



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 terapia<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Numero di confezioni per PianoTerapeutico \_\_\_\_\_

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 prescrittore<sup>2</sup>

Timbro del Centro Prescrittore

**1. Validità massima 6 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