



Richiesta Motivata Per Singolo Paziente
Farmaco TOSSINA BOTULINICA non in PTO

- NEUROLOGIA - CDC: 145115
U.O. RICHIEDENTE: CHIRURGIA PEDIATRICA - CDC: 158194
 Altra U.O.: _____ CDC: _____

Per il paziente:

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____ Ulss n. : _____	(etichetta)
---	-------------

Si richiedono n° _____ fiale di **BOTOX® (cod. 098.487)** per la seguente indicazione d'uso:

<input type="checkbox"/> <i>Blefarospasmo (continuità terapeutica in paziente già in trattamento con Botox® - indicazione comune a Xeomin®)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Spasticità focale del polso e della mano in pazienti adulti colpiti da ictus cerebrale (continuità terapeutica in paziente già in trattamento con Botox® - indicazione comune a Xeomin®)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Spasmo emifacciale</i>
<input type="checkbox"/> <i>Distonie focali associate</i>
<input type="checkbox"/> <i>Spasticità focale associata a deformità dinamica del piede equino dovuta a spasticità in pazienti pediatrici deambulanti con paralisi cerebrale, di due anni di età o superiore</i>
<input type="checkbox"/> <i>Iperidrosi primaria persistente e severa delle ascelle che interferisce con le normali attività quotidiane ed è resistente al trattamento topico</i>
<input type="checkbox"/> <i>Incontinenza urinaria in pazienti adulti affetti da iperattività neurogena del muscolo detrusore della vescica causata da lesione stabilizzata del midollo spinale a partire dalla regione cervicale fino ai livelli inferiori o a sclerosi multipla</i>
<input type="checkbox"/> <i>Sollievo sintomatico in pazienti adulti che soddisfano i criteri diagnostici per emicrania cronica (cefalee di durata ≥15 giorni al mese di cui almeno 8 giorni con emicrania) e che hanno mostrato una risposta insufficiente o sono intolleranti ai farmaci per la profilassi dell'emicrania</i>

Si richiedono n° _____ fiale di **DYSPORT® (cod. 098.3295)** per la seguente indicazione d'uso:

<input type="checkbox"/> <i>Blefarospasmo (continuità terapeutica in paziente già in trattamento con Dysport® - indicazione comune a Xeomin®)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Distonia cervicale (torcicollo spasmodico) (continuità terapeutica in paziente già in trattamento con Dysport® - indicazione comune a Xeomin®)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Spasmo emifacciale (continuità terapeutica in paziente già in trattamento con Dysport® - indicazione comune a Botox®)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Trattamento della spasticità muscolare degli arti superiori ed inferiori causata da ictus</i>

Medico prescrittore: Dr / Dr.ssa _____ Data: _____
(timbro e firma)

RISERVATO ALLA FARMACIA	
QUANTITA' CONSEGNATA N°	
IL FARMACISTA	