

Ministero della Sanità – Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza  
 Prescrizione e monitoraggio degli indicatori clinici dei medicinali erogati dal SSN ai sensi della **Legge 648/96**

**Midazolam Cloridrato (BUCCOLAM)**

<b>Denominazione: Buccolam (midazolam) 10 mg – soluzione per mucosa orale – siringa preriempita</b>
---

<b>Indicazione terapeutica:</b> trattamento di crisi convulsive acute prolungate in soggetti di età $\geq 18$ anni.
---

**Paziente:**

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	

**Struttura prescrittrice :****UOC NEUROLOGIA****CDC 1011****Criteri di inclusione:**

pazienti di età  $\geq 18$  anni con diagnosi di epilessia già sottoposti a terapia in età pediatrica per crisi convulsive acute prolungate;

pazienti di età  $\geq 18$  anni con esordio delle crisi dopo i 18 anni e comparsa di crisi prolungate o in cluster.

**Criteri di esclusione:**

ipersensibilità al principio attivo, alle benzodiazepine o ad uno qualsiasi degli eccipienti contenuti nel medicinale;

pazienti con grave insufficienza respiratoria;

pazienti affetti da sindrome delle apnee notturne;

pazienti con grave alterazione della funzione epatica.

**Piano terapeutico**

dosaggio: 10 mg di midazolam per os in caso di crisi epilettica convulsiva prolungata.

**Prima dell'inizio del trattamento:** Acquisizione del consenso informato

<b>Indicatori (ogni 6 mesi e alla fine del trattamento)</b>	Valori
Numero di attacchi trattati nel periodo	...

**Monitoraggio reazioni avverse (ogni 6 mesi e alla fine del trattamento)**

--

N.B.: tale segnalazione non sostituisce la segnalazione spontanea delle ADR secondo il DLvo 95/03

Fine terapia	<input type="checkbox"/>	C A U S A	
Sospensione terapia	<input type="checkbox"/>		

**Prescrizione:**

Posologia:	10 mg
Quantità richiesta:	___ confezioni
Durata trattamento:	6 mesi

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dott./Dott.ssa  
(timbro e firma)

**Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo**

Referente procedura: dr. Giulia Busa

Tel. 0444-75.3484/75.7380 Fax 0444-75.3941

e mail: segreteria.farmacia@ulssvicenza.it