

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

Assistito: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso    M O       F O

Regione di residenza dell'Assistito \_\_\_\_\_ ATS \_\_\_\_\_

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' \_\_\_\_\_

Numero di confezioni per Piano Terapeutico \_\_\_\_\_

Annotazioni \_\_\_\_\_

O Prima prescrizione

O 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 12 mesi

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