ALLEGATO

Piano Terapeutico

per la prescrizione di Prasugrel nel trattamento della sindrome coronarica acuta

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa Cardiologica del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del cardiologo prescrittore _____ tel _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data nascita _____

Sesso M ❑ F ❑

Codice Fiscale _____ Regione _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Peso < 60Kg Si ❑ No ❑ Eta ≥ 75 anni Si ❑ No ❑

La prescrizione di Prasugrel è a carico del Servizio Sanitario Nazionale nelle seguenti condizioni:

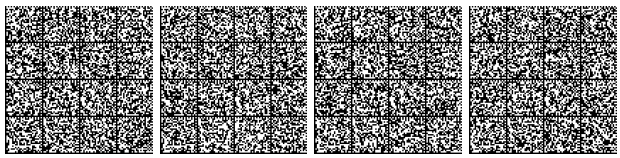
Prevenzione di eventi di origine aterotrombotica, trattamento per max 12 mesi, in associazione con aspirina, in pazienti con:

❑ Sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo;

❑ Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato.

❑ **prima prescrizione (per una durata massima di 1 mese)**	
❑ Inizio terapia antiaggregante ❑ Proseguimento di altre terapie antiaggreganti	
Motivo del cambio terapia: ❑ inefficacia terapeutica	❑ reazione avversa
❑ **prosecuzione di terapia (max 6 mesi)**	❑ **ulteriore prosecuzione di terapia (a completamento dell'anno di trattamento)**
Dose iniziale di carico (specificare) _____ Dose/die di mantenimento (specificare) _____	
Durata del trattamento (specificare) _____ _____	

Data (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____ Timbro e firma del cardiologo prescrittore

Ai fini della rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale il Piano Terapeutico è a carico delle strutture cardiologiche del SSN o convenzionate con il SSN

10A00387