



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA PER LA PRESCRIZIONE DI UPTRAVI®

UNITA' OPERATIVA: _____		
MEDICO PRESCRITTORE (nome e cognome): _____		
<input type="checkbox"/> Cardiologo	<input type="checkbox"/> Pneumologo	<input type="checkbox"/> Reumatologo
TEL. _____ e-mail: _____		

Paziente (nome e cognome) _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	
Residente a: _____	prov. _____ in via _____ n. _____
Tel. _____	
ASSL di residenza _____	Medico di Medicina Generale _____

### **INDICAZIONI TERAPEUTICHE:**

Trattamento a lungo termine dell'ipertensione arteriosa polmonare (IAP) in pazienti adulti in Classe Funzionale (FC) WHO II e III, sia come terapia di combinazione nei pazienti controllati in maniera insufficiente con un antagonista recettoriale dell'endotelina (ERA) e/o un inibitore della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5), che in monoterapia nei pazienti che non sono candidabili a tali terapie.

**L'efficacia è stata dimostrata in una popolazione di pazienti con IAP comprendente l'IAP idiopatica ed ereditaria, l'IAP associata a malattie del tessuto connettivo e l'IAP associata a cardiopatie congenite semplici corrette.**

### **Unica indicazione rimborsata SSN**

**Esclusivamente** come terapia di combinazione, in pazienti adulti in Classe Funzionale (FC)

**WHO II e III, che presentano tutte le seguenti caratteristiche:**

- risposta inadeguata al trattamento con un antagonista recettoriale dell'endotelina (ERA) e/o un inibitore della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5)
- resistenze vascolari polmonari almeno 5 wood unit 400 dyne/sec/cm-5
- pressione arteriosa polmonare >25mmHg
- pressione di incuneamento polmonare <15mmHg nella PAH



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**MOTIVAZIONI**

(nel caso la motivazione sia l'insorgenza di una sospetta reazione avversa (ADR) si deve allegare la scheda di segnalazione inviata al Responsabile aziendale di Farmacovigilanza, in base alla Direttiva 2010/84/UE, è da segnalare anche la mancata risposta terapeutica)

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico prescrittore

\_\_\_\_\_