

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI PRASUGREL

Azienda Sanitaria
 Unità Operativa Cardiologica del medico prescrittore
 Cardiologo prescrittore (nome e cognome)
 Tel.
 Paziente (nome e cognome)
 Data di nascita/...../..... Sesso M F
 Codice Fiscale
 Regione
 Indirizzo Tel.
 AUSL di residenza
 Medico curante
 Peso <60kg sì no Età ≥ 75 anni sì no

La prescrizione di prasugrel è a carico del SSN in seguenti condizioni:

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

- Sindrome coronarica acuta** senza soprallivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo
- Infarto miocardico acuto con soprallivellamento 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

Proseguimento di terapia (max 6 mesi)

Ulteriore prosecuzione di terapia (a completamento dell'anno di terapia)

Dose iniziale di carico (specificare):

Dose/die di mantenimento (specificare):

Durata prevista del trattamento (specificare):

Data ____/____/____

Timbro e firma del clinico prescrittore

.....