

SCHEMA DI PRESCRIZIONE DI NILEMDO E NUSTENDI NEI PAZIENTI CON IPERCOLESTEROLEMIA

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia ipolipemizzante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)

La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____
 specialista in: _____ U.O. _____ Az. Sanitaria _____
 Paziente (nome e cognome) _____ Sesso ☐ M ☐ F
 Data di Nascita _____ Residenza _____
 Codice Fiscale _____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:**A DIAGNOSI**

- ☐ Ipercolesterolemia primaria familiare eterozigote
☐ Ipercolesterolemia primaria non familiare
☐ Dislipidemia mista

B CLASSE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE (fare riferimento alla Nota 13 per la classificazione del livello di rischio)

- ☐ Basso ☐ Moderato ☐ Alto ☐ Molto alto

D DISTANZA DAL TARGET TERAPEUTICO NON SUPERIORE AL 20% nonostante il trattamento di 1° e 2° livello (per i target raccomandati rispetto ai livelli di rischio fare riferimento alla Nota 13) ☐

Es. per target LDL < 115 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 145 mg/dl)
 Per target LDL < 100 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 125 mg/dl)
 Per target LDL < 70 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 88 mg/dl)

E TERAPIA IN ATTO

Statine alla massima dose tollerata ☐ oppure Intolleranza alle statine ☐
 Ezetimibe ☐ oppure Intolleranza all'ezetimibe ☐
 (in questo caso escludere NUSTENDI)

Proposta terapeutica

NILEMDO 180 mg/die ☐ NUSTENDI 180/10 mg/die ☐

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data prevista per il Follow up: _____ (è opportuno eseguire il primo follow-up entro i primi 3 mesi di terapia)

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____



Sezione 2: scheda di follow-up

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione	
Medico prescrittore _____	Tel _____
specialista in: _____	U.O. _____ Az. Sanitaria _____
Paziente (nome e cognome) _____	Sesso ☐ M ☐ F
Data di Nascita _____	Residenza _____
Codice Fiscale _____	

Da compilare a cura del paziente Rispetto al precedente controllo:

L'assunzione del farmaco è stata: ☐ regolare ☐ irregolare
 se irregolare, motivare le ragioni _____

Sono state modificate le altre terapie in corso? ☐ NO ☐ SI
 se sì indicare come _____

È stato/a ricoverato/a in ospedale? ☐ NO ☐ SI
 se sì indicare il motivo _____

A cura del Medico prescrittore

In caso di comparsa di eventi avversi si ricorda di compilare la scheda di segnalazione

Si conferma la classe di rischio cardiovascolare di appartenenza iniziale? NO ☐ SI ☐

Si conferma l'eleggibilità del paziente al trattamento? NO ☐ SI ☐

Data prevista per il Follow up: _____

È opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

