

Piano Terapeutico

per la prescrizione di Prasugrel nel trattamento della sindrome coronarica acuta

Azienda Sanitaria _____ Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____

Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____

Sesso M F

Codice fiscale _____ Regione _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Peso < 60 Kg sì no Età ≥ sì no

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

pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST sottoposti ad intervento coronarico percutaneo con o senza impianto di stent metallico medicato (trattamento per 12 mesi in associazione con aspirina)

pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato con o senza impianto di stent metallico medicato (trattamento per 12 mesi in associazione con aspirina)

Dose prescritta _____ (posologia)

Indicare se

prima prescrizione prosecuzione di terapia

La durata massima del trattamento è di 12 mesi

Data (gg/mm/aaaa) ___/___/_____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista 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