



SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA OSPEDALIERA PER  
LA PRESCRIZIONE DI NOVASTAN- ARGATROBAN(validità  
fino a max 6 mesi)

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri specializzati, universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano da rinnovarsi semestralmente).

Indicazione terapeutica

Anticoagulazione in soggetti adulti con trombocitopenia di tipo II indotta da eparina, che richiedono una terapia antitrombotica per via parentale. La diagnosi deve essere confermata mediante il test HIPAA (test dell'attivazione delle piastrine indotta da eparina) o da un test equivalente. Tuttavia tale prova non deve ritardare l'inizio della terapia.

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>

**Criteri di inclusione** (ai fini dell'eleggibilità è valida la risposta **SI** a TUTTE le prime 3 condizioni OPPURE la risposta **SI** alla condizione 4):

1. Recente trattamento (<10 gg) con eparina non frazionata o a basso peso molecolare	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2. Riduzione conta piastrinica (PLT<150.000 mm <sup>3</sup> o riduzione ≥50% del basale)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
3. Diagnosi differenziale con altre cause di trombocitopenia	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

**OPPURE**

4. Anamnesi documentata di HIT II e positività anticorpi anti-eparina da meno di 90 giorni	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
--	--------------------------	--------------------------

**Criteri di esclusione** (ai fini dell'eleggibilità è valida la risposta **NO** a TUTTE le condizioni):

• Insufficienza epatica grave	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
• Emorragie non controllate	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Posologia e durata del trattamento

La dose iniziale del trattamento di NOVASTAN è di 2 mcg/kg/min, da somministrare sotto forma di infusione continua. In pazienti con insufficienza epatica moderata (Child-Pugh classe B), post intervento cardiaco e pazienti critici/ricoverati in terapia intensiva (ICU) con insufficienza sistemica (multipla) d'organo, la terapia può essere iniziata con una velocità di infusione di 0.5 mcg/kg/min. I dati riguardanti l'uso di NOVASTAN in emodialisi sono limitati. Sulla base dei dati, la terapia può iniziare con bolo iniziale (250 microgrammi/kg) seguita da un'infusione continua di 2 mcg/kg/min. Sulla base dei dati disponibili, in pazienti sottoposti a intervento percutaneo coronarico (PCI) la terapia può essere iniziata con una dose di bolo di 350 microgrammi /kg nell'arco di 3-5 minuti, seguita da una dose d'infusione di 25 mcg/kg/min.

### Dose e durata del trattamento

**Posologia iniziale**  
(velocità di infusione iniziale)

**Durata trattamento**

☐ Giorni

☒ Mesi

La durata del PT fino a 6 mesi è consentita solo per i pazienti in emodialisi

☒ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione cura

**Data Decorrenza**

**Data Termine**