



PIANO TEREPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI  
TICAGRELOR

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" value="02/12/1967"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text" value="160114"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>

La prescrizione di ticagrelor è a carico del SSN solo se rispondente a una delle seguenti condizioni:

- ☐ Sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (angina instabile, infarto miocardico NSTEMI, infarto miocardico STEMI) con insorgenza dei sintomi da <24 ore in associazione con ASA in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica (con o senza applicazione di stent)
- ☐ Intervento di rivascolarizzazione miocardica in pazienti con sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST in associazione con ASA

Il ticagrelor non deve essere utilizzato in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale, rischio aumentato di bradicardia, trattamento con farmaci inibitori od induttori del citocromo P-450 3A.

Il trattamento con Ticagrelor deve essere Iniziato durante il ricovero ospedaliero con dose di attacco di 180 mg

Nei pazienti con NSTEMI è necessaria la presenza di almeno due dei seguenti criteri:

- ☐ alterazioni del tratto ST sull'elettrocardiogramma indicative di ischemia al ricovero
- ☐ alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico
- ☐ uno dei seguenti fattori di rischio (età >60 anni, pregresso infarto miocardico, pregressa rivascolarizzazione miocardica, pregresso stroke ischemico, TIA, stenosi carotidea >50%, diabete mellito, arteropatia periferica, insufficienza renale con clearance della creatinina <60 ml/min/1.73 m²)

Nei pazienti con STEMI è necessaria la presenza di:

- ☐ sopraslivellamento di almeno 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue o blocco di branca sinistra di recente (<24 ore) insorgenza
- ☐ intenzione di trattare il paziente con angioplastica primaria

Dose e durata del trattamento			
Conf. e forma farmac.	<input type="text"/>		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="12"/>	Data Termine <input type="text" value="10/02/2018"/>
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	Motivo:	<input type="text"/>
Data Emissione	<input type="text" value="10/02/2017"/>		