

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 nascita _____
Sesso M ☐ F ☐	
Codice Fiscale _____	Regione _____
Indirizzo _____ Tel. _____	
AUSL di residenza _____ Medico curante _____	
Peso < 60Kg Si ☐ No ☐ Età ≥ 75 anni Si ☐ No ☐	

La prescrizione di Prasugrel è a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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 di 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

