

ALLEGATO

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI TICAGRELOR

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sex M ☐ F ☐
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

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 trombizzati 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, arteriopatia 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

La durata massima di trattamento è di 12 mesi

Dose prescritta:	
Dose/die: 90 mg x 2/die	
Indicare se	
☐ Prima prescrizione	☐ Prosecuzione della cura (motivo.....)

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

