

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale _____	Regione _____
Indirizzo _____	Tel. _____
AUSL di residenza _____	Medico curante _____
Peso < 60Kg Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Eta ≥ 75 anni Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

- Pazienti con sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento 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 soprasslivellamento 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:
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> 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

