

# PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI TICAGRELOR

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

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso 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 trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica (con o senza applicazione di *stent*)**
- Intervento di rivascularizzazione 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, progressiva rivascularizzazione miocardica, pregresso stroke ischemico, TIA, stenosi carotidea >50%, diabete mellito, arteropatia periferica, insufficienza renale con *clearance* della creatinina <60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>)

**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