

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER LA PRESCRIZIONE DI PRASUGREL**

Azienda Sanitaria _____

Unità Operativa Cardiologica del medico prescrittore _____

Nome e cognome del cardiologo prescrittore _____ Tel _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____

Sesso M F

Codice fiscale _____ Regione _____

Indirizzo _____ Tel _____

ASL di residenza _____ Medico curante _____

Peso <60kg sì no Et  ≥ 75 anni sì no

La prescrizione di prasugrel   a carico del SSN nelle seguenti condizioni:

Prevenzione di eventi di origine aterotrombotica, trattamento per max 12 mesi, in associazione con aspirina, in pazienti con:

- Sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo
- Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato

Prima prescrizione (per una durata massima di 1 mese)

inizio terapia antiaggregante

proseguimento di altre terapie antiaggreganti

Motivo del cambio terapia:

inefficacia terapeutica

reazione avversa

Prosecuzione di terapia (max 6 mesi)

Ulteriore prosecuzione di terapia (a completamento dell'anno di terapia)

Dose iniziale di carico (specificare): _____

Dose/die di mantenimento (specificare): _____

Durata prevista del trattamento (specificare) : _____

Data _____

Timbro e firma del cardiologo prescrittore