

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA**

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

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

La prescrizione di ranolazina è a carico del SSN solo se prescritta dal medico ospedaliero o medico cardiologo e se rispondente alla seguente condizione:

Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti con angina pectoris cronica stabile che siano inadeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale.

Farmaco prescritto:

o Ranolazina 375 mg compresse o Ranolazina 500 mg compresse o Ranolazina 750 mg compresse

Dose e durata del trattamento

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____

Indicare se:
 Prima prescrizione Prosecuzione della cura (motivo:)

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico cardiologo prescrittore

