

## PIANO TERAPEUTICO

### per la prescrizione di Prasugrel nel trattamento della sindrome coronarica acuta

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_  
Unità Operativa Cardiologica del medico prescrittore \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome del cardiologo prescrittore \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_  
Sesso M  F   
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
AUSL di residenza \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_  
Peso < 60 kg Si  No  Età ≥ 75 anni Si  No

La prescrizione di Prasugrel è a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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 soprasslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo;
- Infarto miocardico acuto con soprasslivellamento 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 trattamento)**

Dose iniziale di carico (specificare) \_\_\_\_\_

Dose/die di mantenimento (specificare) \_\_\_\_\_

Durata del trattamento (specificare) \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del cardiologo 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**