



REGIONE CALABRIA  
AZIENDA OSPEDALIERA/OSPEDALE/ASP.....

SCHEDA PAZIENTE PRESCRIZIONE NOTE AIFA n. 1 e n. 48 (PPI)

STRUTTURA..... UO/Ambulatorio..... Medico Prescrittore .....

PAZIENTE ..... C.F./T.S .....

Residente a..... Via.....

Medico Medicina Generale del paziente.....

NOTA AIFA	INDICAZIONE D'USO	PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA
1	<input type="checkbox"/> <b>Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ in trattamento cronico con FANS;</li><li>○ in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi;</li></ul> <b>purchè sussista una delle seguenti condizioni di rischio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante;</li><li>○ concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici</li><li>○ età avanzata (&gt;65 aa)</li></ul>	<b>Gastroprotettori</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Pantoprazolo</li><li><input type="checkbox"/> Omeprazolo</li><li><input type="checkbox"/> Misoprostolo</li><li><input type="checkbox"/> Lansoprazolo</li><li><input type="checkbox"/> Esomeprazolo</li></ul> <input type="checkbox"/> Misoprostolo + Diclofenac* <small>*Alle condizioni della Nota AIFA 66</small>	
48	<input type="checkbox"/> <b>Durata del trattamento di 4 settimane (occasionalmente 6 settimane):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ ulcera duodenale o gastrica positive per H. Pylori;</li><li>○ per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione</li><li>○ ulcera duodenale o gastrica H. Pylori negativa (1° episodio)</li><li>○ malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (1° episodio)</li></ul> <input type="checkbox"/> <b>Durata del trattamento prolungata, da rivalutare dopo 1 anno:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Sindrome di Zollinger-Ellison;</li><li>○ Ulcera duodenale o gastrica H. P. – negativa recidivante;</li><li>○ Malattie da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite recidivante</li></ul>	<b>Farmaci antiulcera AntiH2</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cimetidina</li><li><input type="checkbox"/> Famodipina</li><li><input type="checkbox"/> Nizatidina</li><li><input type="checkbox"/> Ranitidina</li><li><input type="checkbox"/> Roxatidina</li></ul> <b>Inibitori Pompa Protonica</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Esomeprazolo</li><li><input type="checkbox"/> Lansoprazolo</li><li><input type="checkbox"/> Omeprazolo</li><li><input type="checkbox"/> Pantoprazolo</li><li><input type="checkbox"/> Rabeprazolo</li></ul>	

Farmaco prescritto \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Durata del trattamento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile del Medico prescrittore  
con Centro di appartenenza

\_\_\_\_\_

