

## Piano Terapeutico AIFA per la prescrizione di TICAGRELOR 60 mg

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

Paziente (cognome, nome) _____		
Data di nascita _____ / _____ / _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Comune di nascita _____	Estero <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale		
Residente a _____	Tel. _____	
Regione _____	ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____		

### Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con ticagrelor 60 mg è indicato in aggiunta ad ASA a basse dosi in pazienti adulti con storia di infarto miocardico e alto rischio di sviluppare un nuovo evento aterotrombotico, entro i due anni dall'infarto ed entro un anno dalla sospensione del precedente trattamento con un inibitore del recettore per l'ADP (incluso ticagrelor 90 mg).

La rimborsabilità a carico del SSN è limitata ai pazienti di età superiore ai 50 anni che presentano almeno uno dei seguenti fattori di rischio cardiovascolare (indicare):

- età  $\geq 65$  anni
- diabete mellito in terapia farmacologica
- insufficienza renale cronica non in dialisi (creatinina *clearance*  $< 60$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>)
- malattia coronarica multivasale (stenosi  $\geq 50\%$  in almeno due distretti coronarici)
- ulteriore IMA antecedente all'evento indice

Sono esclusi dal trattamento i pazienti ad elevato rischio emorragico che presentano almeno una delle seguenti condizioni: diatesi emorragica o disturbi noti della coagulazione; anamnesi di emorragia intracranica o emorragie gastrointestinali; terapia dialitica; insufficienza epatica; pregressa diagnosi di anomalia vascolare intracranica, tumore del sistema nervoso centrale, ictus ischemico; intervento di neurochirurgia encefalica o spinale nei precedenti cinque anni; intervento di chirurgia maggiore negli ultimi trenta giorni; concomitante terapia anti-coagulante.

La prescrivibilità è limitata ai soli specialisti in cardiologia.

La validità temporale del PT è di dodici mesi. Le evidenze a sostegno di ticagrelor 60 mg oltre i tre anni di trattamento sono limitate.

<b>Dose prescritta:</b> <input type="checkbox"/> 60 mg x 2/die	<b>Indicare se:</b> <input type="checkbox"/> prima prescrizione <input type="checkbox"/> prosecuzione della terapia
---	--

Data: \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico Prescrittore:  
\_\_\_\_\_