

**PIANO TERAPEUTICO**  
**per la prescrizione di Prasugrel nel trattamento della sindrome coronarica acuta**  
(pubblicato sul Suppl.Ord.n.22 alla G.U. n.27 del 3/02/2010)

Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa Cardiologia del medico prescrittore _____	
Nome e Cognome del medico prescrittore _____	tel _____
Paziente (nome e cognome) _____	Data nascita _____
Sesso      M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale _____	Regione _____
Indirizzo _____	Tel. _____
USL di residenza _____	Medico Curante _____
Peso < 60 Kg      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Età ≥ 75 anni      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

La prescrizione di Prasugrel è a carico del Servizio Sanitario Nazionale nelle seguenti condizioni:

- Pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo con o senza impianto di stent metallico medicato (trattamento per 12 mesi in associazione con aspirina)
- Pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato con o senza impianto di stent metallico medicato (trattamento per 12 mesi in associazione con aspirina)

Dose prescritta \_\_\_\_\_ (posologia)

Indicare se

- prima prescrizione       prosecuzione di terapia

La durata massima del trattamento è di 12 mesi

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*