

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA**

(aggiornato: G.U.n.255 del 30 ottobre 2010)

| |
|--|
| 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: |
| <input type="radio"/> Ranolazina 375 mg compresse <input type="radio"/> Ranolazina 500 mg compresse <input type="radio"/> Ranolazina 750 mg compresse |
| Dose e durata del trattamento |
| _____ |
| Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____ |
| Indicare se: |
| <input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> prosecuzione della cura (motivo: _____) |

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico cardiologo prescrittore