

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA

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

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	
Diagnosi di malattia coronarica data: _____ Pregresso IMA S/N Rivascolarizzazione S/N	
Terapia antianginosa: Farmaci che riducono la FC (beta-bloccanti/ivabradina) _____	
Nitrati _____ Calcio-antagonisti _____ Trimetazidina _____	
Episodi di angina/die (indicare il numero) _____	
Uso di nitrati sublinguali/settimana (indicare il numero) _____	

La prescrizione di ranolazina è a carico del SSN solo 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="checkbox"/> Ranolazina 375mg compresse	<input type="checkbox"/> Ranolazina 500mg compresse	<input type="checkbox"/> Ranolazina 750mg 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

