

## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI PRASUGREL

Azienda Sanitaria .....  
Unità Operativa Cardiologica del medico prescrittore .....  
Cardiologo prescrittore (nome e cognome) .....  
Tel. ....  
Paziente (nome e cognome) .....  
Data di nascita ...../...../..... Sesso M  F   
Codice Fiscale .....  
Regione .....  
Indirizzo ..... Tel. ....  
AUSL di residenza .....  
Medico curante .....  
Peso <60kg sì  no  Età ≥ 75 anni sì  no

### La prescrizione di prasugrel è a carico del SSN in seguenti condizioni:

Prevenzione di eventi di origine aterotrombotica, trattamento per max 12 mesi, in associazione con aspirina, in pazienti con:

- Sindrome coronarica acuta** senza soprallivellamento del tratto ST, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo
- Infarto miocardico acuto con soprallivellamento del tratto ST**, sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato

### **Prima prescrizione (per una durata massima di 1 mese)**

- inizio terapia antiaggregante
- proseguimento di altre terapie antiaggreganti

Motivo del cambio terapia:

- inefficacia terapeutica
- reazione avversa

**Proseguizione di terapia (max 6 mesi)**

**Ulteriore prosecuzione di terapia  
(a completamento dell'anno di terapia)**

Dose iniziale di carico (specificare): .....

Dose/die di mantenimento (specificare): .....

Durata prevista del trattamento (specificare): .....

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore

.....