

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA

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

- Ranolazina 375 mg compresse
- Ranolazina 500 mg compresse
- Ranolazina 750 mg compresse

Dose e durata del trattamento

Dose/die:
Durata prevista del trattamento:
Indicare se
 Prima prescrizione
 Prosecuzione della cura (motivo.....)

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico cardiologo prescrittore

.....

PIANI TERAPEUTICI AIFA