ALLEGATO 1

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI CLOPIDOGREL

Centro prescrittore _____

Nome cognome del clinico prescrittore _____

recapito telefonico _____

Paziente (nome,cognome) _____ età _____

sesso M ☐ F ☐ codice fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

ASL di residenza _____

La prescrizione di clopidogrel è a carico del SSN solo se rispondente a una delle seguenti condizioni:

- Sindrome coronarica acuta senza innalzamento del tratto ST (angina instabile o infarto miocardio senza onda Q) in associazione con ASA (trattamento di 6 mesi rinnovabile per 1-2 volte)[1]
- Angioplastica percutanea (PTCA) con applicazione di stent[2,3]:
  - ☐ non medicato (trattamento di 1 mese in associazione con ASA)
  - ☐ medicato (trattamento di 12 mesi in associazione con ASA)
- Terapia antiaggregante a breve termine per la prevenzione secondaria dell'infarto in associazione con ASA[4,5]
- Terapia antiaggregante a lungo termine per la prevenzione secondaria dell'infarto e dell'ictus, in pazienti per i quali esiste controindicazione a ASA o ticlopidina[6,7]

Dose e durata del trattamento

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____

Indicare se:

☐ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione della cura (motivo: .....)

Data __/__/__ Timbro e firma del clinico prescrittore