

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI CLOPIDOGREL

Centro prescrittore _____

Nome cognome del clinico prescrittore _____

recapito telefonico _____

Paziente (nome,cognome) _____ età _____

sesto M F tessera sanitaria n° _____

Indirizzo _____ **Tel.** _____

AUSL 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 6 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