

**MODULO RICHIESTA  
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 SSR quando prescritta da specialisti aziendali di ambito cardiologico nelle seguenti condizioni:**

- **Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti adulti con angina pectoris cronica stabile che siano inadeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale con almeno due farmaci**

Pregresso infarto: SI  NO  Pregressa rivascolarizzazione (PTCA/Bypass): SI  NO

**Terapia in atto :**

Betabloccante                       Nitroderivato                       Calcio antagonista

**Farmaco prescritto :**

Ranolazina 375mg cp                       Ranolazina 500mg cp                       Ranolazina 750mg cp

**Dose e durata del trattamento**

Dose/die: \_\_\_\_\_ Durata prevista del trattamento: \_\_\_\_\_

Indicare se:

Prima prescrizione                       Prosecuzione della cura

(motivo \_\_\_\_\_)

**Farmaco in esclusiva erogazione diretta**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico cardiologo prescrittore

\_\_\_\_\_