

## Modulo Richiesta Ivabradina

U.O./Ambulatorio _____	Nome e cognome prescrittore _____
Paziente (nome e cognome) _____	Data nascita _____
Codice Fiscale _____	AUSL di residenza _____

La prescrizione di ivabradina nel trattamento sintomatico dell'**ANGINA PECTORIS CRONICA STABILE** in pazienti con normale ritmo sinusale è a carico del SSR nelle seguenti condizioni (da barrare e specificare):

- controindicazione ( \_\_\_\_\_ ) o intolleranza ai beta-bloccanti ( \_\_\_\_\_ );
- controindicazione ( \_\_\_\_\_ ) o intolleranza ai calcio antagonisti ( \_\_\_\_\_ );
- in associazione con betabloccanti e non adeguato controllo con l'uso di betabloccanti al massimo dosaggio utilizzato ( \_\_\_\_\_ ), o ad esso intolleranti, frequenza cardiaca > 60 bpm e intolleranza o inefficacia al calcio antagonista ( \_\_\_\_\_ ).

**Il trattamento a base di beta bloccanti va considerato di prima scelta**

La prescrizione di ivabradina nel trattamento dello **SCOMPENSO CARDIACO CRONICO** in classe NYHA da II a IV, in associazione con la terapia convenzionale, che include il trattamento con un beta-bloccante o nel caso in cui la terapia con un beta-bloccante sia controindicata o non tollerata, è a carico del SSR nelle seguenti condizioni:

- nei pazienti in ritmo sinusale, disfunzione sistolica ventricolare sinistra ( $FE \leq 35\%$ ), già in terapia con un ACE inibitore (o sartano) e un diuretico antialdosteronico e che presentano una delle seguenti caratteristiche:
1. intolleranza ai betabloccanti e frequenza cardiaca >70 battiti/min;
  2. intolleranza ai betabloccanti, prevalentemente per ipotensione, e che non abbiano ancora raggiunto una bradicardizzazione efficace;
  3. tachicardia malgrado l'uso di betabloccanti a dosaggi congrui.

N.B. la prescrizione è riservata a specialisti aziendali di ambito cardiologico e la dispensazione del farmaco è in esclusiva erogazione diretta.

PRIMA PRESCRIZIONE

PROSECUZIONE TERAPIA

IVABRADINA COMPRESSE DIVISIBILI 5 MG

IVABRADINA COMPRESSE 7,5 MG

DOSE/DIE \_\_\_\_\_

VALIDITA' DEL MODULO \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore