

AII.1. SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACI IPERTENSIONE ARTERIOSA POLMONARE

Centro prescrittore _____

Cardiologo prescrittore (nome e cognome) _____

Tel _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ Sesso M F

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____

AUSL di residenza _____ Prov. _____

Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi

Iperensione Arteriosa Polmonare idiopatica (IAPI) familiare (IAPF)

associata a (IAPA) malattie del tessuto connettivo shunt cardiaci congeniti sistemico-polmonari

IAP secondaria a sclerodermia senza pneumopatia interstiziale significativa

Classe funzionale NYHA (mod.OMS) _____

Cateterismo Cardiaco Diagnostico (Data / /): PAPm= mmHg; PCP= mmHg

PAPm=pressione arteriosa polmonare media; PCP=pressione capillare polmonare

Parametri da monitorare nella terapia con antagonisti recettoriali della endotelina

test di gravidanza° _____ SGOT * _____ SGPT * _____

GR** _____ Hb** _____

* prima di iniziare il trattamento e ogni mese (ogni 2 settimane se si modifica la dose)

** prima di iniziare il trattamento e ogni mese per i primi 4 mesi poi ogni 3 mesi

° prima di iniziare il trattamento (La gravidanza è comunque controindicata nei soggetti con IAP)

Prima prescrizione Prosecuzione della cura n° mesi dal primo trattamento _____

Monoterapia Terapia combinata (riservata ai centro identificato dalla RER)

Programma terapeutico :

medicinale _____ posologia _____

medicinale _____ posologia _____

medicinale _____ posologia _____

medicinale _____ posologia _____

Durata prevista del trattamento _____

Sospensione del trattamento data _____ Motivo della sospensione _____

Data _____

Timbro e firma del clinico prescrittore