

Documento PTR n. 171 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PRASUGREL**

*Agg. Febbraio 2013
Dicembre 2012*

**Piano Terapeutico Regionale
per la prescrizione di Prasugrel**

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____ AUSL di residenza _____ Regione _____
Medico di Medicina generale _____

Il prasugrel è a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è rilasciato dalle U.O. di Cardiologia autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna e se la prescrizione risponde ai criteri stabiliti nel documento di indirizzo regionale sulla terapia antitrombotica nella SCA, cioè, viene riservata ai pazienti che, dopo esecuzione di PCI e valutazione delle caratteristiche anatomiche delle coronarie, presentino:

<input type="checkbox"/> STEMI e abbiano eseguito angioplastica primaria trattamenti associati: <input type="checkbox"/> eparina <input type="checkbox"/> bivalirudina <input type="checkbox"/> anti GPIIb/IIIa
<input type="checkbox"/> SCA-NSTE a rischio altissimo trattamenti associati: <input type="checkbox"/> eparina <input type="checkbox"/> bivalirudina <input type="checkbox"/> anti GPIIb/IIIa
<input type="checkbox"/> SCA-NSTE a rischio alto e <input type="checkbox"/> con rischio ischemico particolarmente elevato e rischio emorragico particolarmente basso o <input type="checkbox"/> trombosi di stent o <input type="checkbox"/> già trattati con clopidogrel al momento della SCA

Prasugrel non deve essere utilizzato nei pazienti trattati con tienopiridine negli ultimi 5 giorni, in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale e pregresso ictus/TIA. È consigliata una dose di mantenimento di 5 mg/die nei pazienti con età >75 anni o con peso <60 Kg in cui si ritenga favorevole il rapporto rischio/beneficio.

Il trattamento deve essere iniziato durante il ricovero con dose di attacco di 60 mg seguito da 10 mg al dì.

Dose e durata del trattamento
Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: 1 mese <input type="checkbox"/> 6 mesi <input type="checkbox"/>
Il piano terapeutico ha la durata massima di 6 mesi. Nel caso il cardiologo decida sull'opportunità di proseguire per altri 6 mesi, il piano terapeutico dovrà essere rinnovato specificandone le motivazioni
<input type="checkbox"/> prima prescrizione <input type="checkbox"/> prosecuzione del trattamento con le seguente motivazione: _____

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore