

ALLEGATO

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA (Ranexa®)  
NEL TRATTAMENTO SINTOMATICO DEI PAZIENTI CON ANGINA PECTORIS**

*Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura del medico ospedaliero o medico cardiologo o medico geriatra o medico internista operanti in regime SSN.*

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

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	recapito Tel. _____

**Indicazione autorizzata:**

Indicato negli adulti come terapia aggiuntiva nel trattamento sintomatico dei pazienti con angina pectoris stabile non adeguatamente controllati con le terapie antianginose di prima linea, come i beta- bloccanti e/o i calcioantagonisti, o che non le tollerano.

**Indicazione rimborsata SSN:**

Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti con angina pectoris cronica stabile non adeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale.

*Inquadramento del paziente*

<i>Anamnesi clinica:</i>			
<input type="checkbox"/> Progresso STEMI	<input type="checkbox"/> Progresso NSTEMI	<input type="checkbox"/> Progressa PTCA	<input type="checkbox"/> progresso Bypass aorto-coronarico
<input type="checkbox"/> nessun intervento invasivo (PTCA o Bypass aorto-coronarico)			
<i>Anamnesi farmacologica:</i>			
<input type="checkbox"/> Betabloccante	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> non tollerato	
<input type="checkbox"/> Calcio-antagonista	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> non tollerato	
<input type="checkbox"/> Nitroderivato	<input type="checkbox"/> in corso	<input type="checkbox"/> non tollerato	

*Prescrizione*

<i>Dose di ranolazina prescritta:</i>	
<input type="checkbox"/> 375 mg 1 cp x 2/die	<input type="checkbox"/> 500 mg 1 cp x 2/die <input type="checkbox"/> 750 mg 1 cp x 2/die
<i>Durata prevista del trattamento:</i> _____	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Rivalutazione e prosecuzione della cura
Nota: si ricorda che, come da RCP, la dose iniziale raccomandata di Ranexa® è di 375 mg due volte al giorno. Dopo 2-4 settimane la dose deve essere aumentata a 500 mg due volte al giorno e, in base alla risposta del paziente, aumentata ulteriormente fino alla dose massima raccomandata di 750 mg due volte al giorno.	

Validità del PT: \_\_\_\_\_

(al massimo 3 mesi per la 1°prescrizione poi al massimo 12 mesi per le prescrizioni successive)

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

-----

