

**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
