



Regione Abruzzo

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA ⁽¹⁾

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

Paziente (nome, 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 solo se prescritta dalle U.U.O.O. di Cardiologia, Geriatria e Medicina Interna ed ambulatori ad esso annessi nelle seguenti condizioni:
 - Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti con angina pectoris cronica stabile che siano inadeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale con almeno due farmaci**

Progresso infarto: SI' NO

Progressa rivascolarizzazione (PTCA/Bypass): SI' NO

Terapia in atto:

Beta-bloccante Nitroderivato Calcio-antagonista

Farmaco prescritto:

Ranolazina 375 mg compresse Ranolazina 500 mg compresse Ranolazina 750 mg compresse

Dose e durata del trattamento:

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento ⁽²⁾: _____

Indicare se:

Prima prescrizione prosecuzione della cura (motivo: _____)

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico del Centro
Prescrittore

⁽¹⁾ Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

⁽²⁾ Non oltre 12 mesi. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda