

Riclassificazione dei medicinali per uso umano “Procoralan” e “Corlentor” ,a base di ivabradina, ai sensi dell'Articolo 8 Comma 10 della Legge 24 Dicembre 1993 n.537 (Determinazione/C n.1366/2009 e 1365/2009).

[Determinazioni AIFA 21 settembre 2009 – G.U. n. 232 del 6.10.2009 S. O. n. 181](#)

Con questo provvedimento sono state riclassificate le Autorizzazioni dei Medicinali Corlentor e Procoralan a Base di Ivabradina ai sensi dell'Articolo 8 Comma 10 della Legge 24 Dicembre 1993 n.537 (Determinazione/C n.1366/2009 e 1365/2009).

La prescrizione dei medicinali e' soggetta a Diagnosi - Piano Terapeutico (PT) come da scheda di seguito allegata e a quanto previsto dall'allegato 2 alla determinazione 29 ottobre 2004 - PHT Prontuario della distribuzione diretta - pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 259 del 4 Novembre 2004.

Relativamente al regime di fornitura, il medicinale è soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (RRL).

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI IVABRADINA

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

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sessu M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

La prescrizione di ivabradina è a carico del SSN solo se rispondente alla seguente condizione:

Trattamento sintomatico dell'angina pectoris cronica stabile in pazienti in ritmo sinusale, che abbiano una contro-indicazione o un'intolleranza ai beta-bloccanti o ai calcio-antagonisti.

Il trattamento a base di b-bloccanti va considerato di prima scelta.

Farmaco prescritto :	
<input type="checkbox"/> Ivabradina 5 mg compresse	<input type="checkbox"/> Ivabradina 7,5 mg compresse
Dose e durata del trattamento	

Dose/die: _____	Durata prevista del trattamento: _____
Indicare se	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione della cura (motivo.....)

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

