

**PIANO TERAPEUTICO AIFA  
PER PRESCRIZIONE DI CLOPIDOGREL**

Centro prescrittore \_\_\_\_\_

Nome cognome del clinico prescrittore \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

Paziente (nome,cognome) \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

sesto M  F  tessera sanitaria n° \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**AUSL di residenza** \_\_\_\_\_

La prescrizione di clopidogrel è a carico del SSN solo se rispondente a una delle seguenti condizioni:

- Sindrome coronarica acuta senza innalzamento del tratto ST (angina instabile o infarto miocardio senza onda Q) in associazione con ASA (trattamento di 6 mesi rinnovabile per 1-2 volte)<sup>1</sup>
- Angioplastica percutanea (PTCA) con applicazione di stent<sup>2,3</sup>:
  - non medicato (trattamento di 1 mese in associazione con ASA)
  - medicato (trattamento di 6 mesi in associazione con ASA)
- Terapia antiaggregante a breve termine per la prevenzione secondaria dell'infarto in associazione con ASA<sup>4,5</sup>
- Terapia antiaggregante a lungo termine per la prevenzione secondaria dell'infarto e dell'ictus, in pazienti per i quali esiste controindicazione a ASA o ticlopidina<sup>6,7</sup>

**Dose e durata del trattamento**

---

Dose/die: \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento: \_\_\_\_\_

Indicare se:

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura (motivo: .....)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore