

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI CLOPIDOGREL**

Centro prescrittore _____

Nome cognome del clinico prescrittore _____

recapito telefonico _____

Paziente (nome,cognome) _____ età _____

sesso M F codice fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

ASL 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)¹
- Angioplastica percutanea (PTCA) con applicazione di stent^{2,3}:
 - non medicato (trattamento di 1 mese in associazione con ASA)
 - medicato (trattamento di 12 mesi in associazione con ASA)
- Terapia antiaggregante a breve termine per la prevenzione secondaria dell'infarto in associazione con ASA^{4,5}
- 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^{6,7}

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

