



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di ranolazina (Ranexa) nel trattamento sintomatico dei pazienti con angina pectoris

Prescrizione da parte delle UU.OO. di Cardiologia, Medicina Interna e Geriatria delle strutture pubbliche e private convenzionate nonché dagli specialisti convenzionati interni per le stesse branche

Azienda Sanitaria _____	
Unità Operativa _____	
Nome e Cognome dell'assistita/o _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cod. Fiscale _____	Nata/o a _____ il __/__/__
Indirizzo _____	Tel. _____
ASP di residenza _____	Prov. _____

Indicazione rimborsata SSN:

Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti con angina pectoris cronica stabile non adeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale

Anamnesi clinica:

- Progresso STEMI Progresso NSTEMI Progressa PTCA Progresso Bypass aorto-coronarico
 Nessun intervento invasivo (PTCA o Bypass aorto-coronarico)

Anamnesi farmacologica:

- | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--|
| Beta bloccante | <input type="checkbox"/> in corso | <input type="checkbox"/> non tollerato |
| Calcio-antagonista | <input type="checkbox"/> in corso | <input type="checkbox"/> non tollerato |
| Nitroderivato | <input type="checkbox"/> in corso | <input type="checkbox"/> non tollerato |

Farmaco prescritto _____

Posologia: 375 mg (1cp x 2/die) 500mg (1cp x 2/die) 750 mg (1cp x 2/die)

- Prima prescrizione
 Rivalutazione e prosecuzione della cura

Nota: si ricorda che, come da RCP, la dose iniziale raccomandata di Ranexa è di 375 mg due volte al giorno. Dopo 2-4 settimane la dose deve essere aumentata a 500 mg due volte al giorno e, in base alla risposta del paziente, aumentata ulteriormente fino alla dose massima raccomandata di 750 mg due volte al giorno.

Durata prevista della terapia _____

Copia valida per N. _____ confezioni

Validità del PT: _____

(al massimo 3 mesi per la prima prescrizione poi al massimo 12 mesi per le prescrizioni successive)

Data __/__/__

Timbro e firma
del Medico prescrittore