ALLEGATO

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA (Ranexa®)**
**NEL TRATTAMENTO SINTOMATICO DEI PAZIENTI CON ANGINA PECTORIS**

*Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura del medico ospedaliero o medico cardiologo o medico geriatra o medico internista operanti in regime SSN.*

Centro prescrittore_____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita_____ sesso M ☐ F ☐

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel._____

ASL di residenza_____Regione _____ Prov._____

Medico di Medicina Generale_____recapito Tel. _____

**Indicazione autorizzata:**
Indicato negli adulti come terapia aggiuntiva nel trattamento sintomatico dei pazienti con angina pectoris stabile non adeguatamente controllati con le terapie antianginose di prima linea, come i beta- bloccanti e/o i calcioantagonisti, o che non le tollerano.

**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.

*Inquadramento del paziente*

*Anamnesi clinica:*

☐ Pregresso STEMI ☐ Pregresso NSTEMI ☐ Pregressa PTCA ☐ pregresso Bypass aorto-coronarico

☐ nessun intervento invasivo (PTCA o Bypass aorto-coronarico)

*Anamnesi farmacologica:*

☐ Betabloccante ☐ in corso ☐ non tollerato

☐ Calcio-antagonista ☐ in corso ☐ non tollerato

☐ Nitroderivato ☐ in corso ☐ non tollerato

*Prescrizione*

*Dose di **ranolazina** prescritta:*

☐ 375 mg 1 cp x 2/die ☐ 500 mg 1 cp x 2/die ☐ 750 mg 1 cp x 2/die

*Durata prevista del trattamento:* _____

☐ 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.

Validità del PT:_____
(al massimo 3 mesi per la 1°prescrizione poi al massimo 12 mesi per le prescrizioni successive)

Data_____ Timbro e firma del medico prescrittore

---

**22A06062**