

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DI NILEMDO E NUSTENDI NEI PAZIENTI CON IPERCOLESTEROLEMIA**

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia ipolipemizzante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)

La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

**Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione**

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 specialista in: \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria \_\_\_\_\_  
 Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Verificata la presenza delle seguenti condizioni:****A DIAGNOSI**

- Ipercolesterolemia primaria familiare eterozigote  
 Ipercolesterolemia primaria non familiare  
 Dislipidemia mista

**B CLASSE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE (fare riferimento alla Nota 13 per la classificazione del livello di rischio)**

- Basso  Moderato  Alto  Molto alto

**D DISTANZA DAL TARGET TERAPEUTICO NON SUPERIORE AL 20% nonostante il trattamento di 1° e 2° livello (per i target raccomandati rispetto ai livelli di rischio fare riferimento alla Nota 13)** 

Es. per target LDL < 115 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 145 mg/dl)  
 Per target LDL < 100 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 125 mg/dl)  
 Per target LDL < 70 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 88 mg/dl)

**E TERAPIA IN ATTO**

Statine alla massima dose tollerata  oppure Intolleranza alle statine   
 Ezetimibe  oppure Intolleranza all'ezetimibe   
 (in questo caso escludere NUSTENDI)

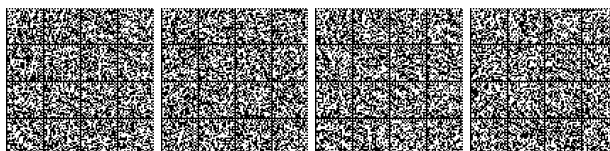
**Proposta terapeutica**

NILEMDO 180 mg/die  NUSTENDI 180/10 mg/die

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ (è opportuno eseguire il primo follow-up entro i primi 3 mesi di terapia)

Data di valutazione \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_



**Sezione 2: scheda di follow-up**

<b>Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione</b>			
Medico prescrittore _____	Tel _____		
specialista in: _____	U.O. _____	Az. Sanitaria _____	
Paziente (nome e cognome) _____	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Data di Nascita _____	Residenza _____		
Codice Fiscale _____			

**Da compilare a cura del paziente Rispetto al precedente controllo:**

L'assunzione del farmaco è stata:  regolare  irregolare  
 se irregolare, motivare le ragioni \_\_\_\_\_

Sono state modificate le altre terapie in corso?  NO  SI  
 se sì indicare come \_\_\_\_\_

È stato/a ricoverato/a in ospedale?  NO  SI  
 se sì indicare il motivo \_\_\_\_\_

**A cura del Medico prescrittore**

In caso di comparsa di eventi avversi si ricorda di compilare la scheda di segnalazione

Si conferma la classe di rischio cardiovascolare di appartenenza iniziale? NO  SI

Si conferma l'eleggibilità del paziente al trattamento? NO  SI

Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_

È opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Data di valutazione \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

