PROVA PRATICA N. 3

RegioneEmiliaRomagna

Assessorato Politiche per la salute - Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico Regionale dei nuovi anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale non valvolare

[X] Dabigatran - [ ] Rivaroxaban - [ ] Apixaban - [ ] Edoxaban

PT: W0800850119LMNPRZ61C49D704D0440 emesso il 15/07/2019

Codice HSP e struttura medico prescrittore	08008501 - OSPEDALE DI FORLI
Unita' operativa medico prescrittore	275 - U.O. CARDIOLOGIA
Nome e cognome del medico prescrittore	Patrizia Limonetti
Telefono del medico prescrittore	
Mail del medico prescrittore	

Nome e cognome del paziente				Sesso	M
Data di Nascita	26/08/1942	Peso Kg	52	Codice Fiscale	
Indirizzo	VIA CHIESA EUGENIO, 1/A - 47121 - Forlì			Telefono	
Ausl di residenza	AZIENDA USL UNICA ROMAGNA	Medico di Famiglia		Regione	Emilia Romagna

La prescrizione dei farmaci Apixaban, Dabigatran, Edoxaban e Rivaroxaban è a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è stato rilasciato dalle U.O. autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna e se la prescrizione risponde ai criteri stabiliti nel documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare.

[ ] Paziente già in trattamento con AVK
TTR *: ____% Controlli in Range **: ____%
[ ] Difficoltà logistico organizzative
[ ] Pregressa emorragia intracranica
[ ] Necessità di dosi di AVK < 8,75 mg/sett per warfarin e di 6 mg/sett per acenocumarolo
[ ] Pregressa emorragia maggiore in corso di INR sovraterapeutico

[X] Nuovo trattamento con anticoagulanti orali
[X] Pazienti in FA da tempo indeterminato, in profilassi trombo-embolica con il solo antiaggregante (ASA, ticlopidina ecc.)
[ ] Difficoltà logistico organizzative
[ ] Condizioni cliniche che rendono gravosa o non accettabile la terapia con AVK
[ ] Paziente ad alto rischio di interazioni farmacologiche con gli AVK
[ ] Pregressa emorragia intracranica
[ ] FA di nuova diagnosi da sottoporre a cardioversione elettrica
[ ] Nessuna delle precedenti motivazioni

Trattamenti Associati:
[ ] ASA
[ ] Tienopiridine (ticlopidina, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor)
[ ] Pregressa emorragia maggiore gastrointestinale
[ ] VFG < 30 ml/min
[ ] VFG fra 30-50 ml/min

* Per TTR si intende il Tempo Trascorso nel Range terapeutico di INR. Solitamente viene calcolato in modo automatico dai programmi di gestione della terapia anticoagulante con Antagonisti della vitamina K (AVK); la rilevazione dovrà essere fatta negli ultimi 6 mesi di trattamento con AVK
** Quando non è possibile rilevare il TTR si potrà utilizzare la percentuale dei controlli INR in range; la rilevazione dovrà essere fatta negli ultimi 6 mesi di trattamento con AVK. Se TTR >=60% o di controlli in range >=50% dovrà essere barrata almeno una delle caselle sottostanti il valore dichiarato

Farmaco Prescritto (principio attivo)	B01AE07 - DABIGATRAN
Dosaggio	110 mg
Forma	COMPRESSE
Posologia	1 cp ogni 12 ore
Proseguimento o nuova cura	PROSECUZIONE

Data di controllo prevista per:
Il piano terapeutico ha durata massima di 12 mesi. Durata del trattamento prevista fino al (Data di scadenza) 13/07/2020

Validato il 15/07/2019

Firma del medico prescrittore
Patrizia Limonetti

17