

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI IVABRADINA**

Aggiornato con Determinazione AIFA 2 novembre 2010 – G.U. n.272 del 20 nov.2010

Centro prescrittore _____	
Medico ospedaliero o specialista proscrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____		
Data di nascita _____	sessu M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale _____		
Residente a _____	Tel. _____	
Regione _____	ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di medicina Generale _____		

La prescrizione di ivabradina è a carico del SSN solo se rispondente ad una di queste due condizioni:

1. Trattamento sintomatico dell'angina pectoris cronica stabile in pazienti con coronaropatia e normale ritmo sinusale nei pzienti che non sono in grado di tollerare o che hanno una contro-indicazione assoluta all'uso dei beta-bloccanti e dei calcio-antagonisti.
2. In associazione ai beta-bloccanti nei pazienti non adeguatamente controllati con una dose ottimale di beta-bloccanti (specificare):
 - con frequenza basale > 60 b.p.m. e senza segni di scompenso cardiaco
 - con frequenza basale > 70 b.p.m. e con disfunzione ventricolare sinistra
 - con test provocativo d'ischemia positivo nonostante il trattamento con beta-bloccati

Farmaco prescritto:	
<input type="checkbox"/> Ivabradina 5 mg compresse	
<input type="checkbox"/> Ivabradina 7,5 mg compr	
Dose e durata del trattamento	

Dose/die: _____	Durata prevista del trattamento: _____
Indicare se	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione della cura (motivo)

Data _____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore
