

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI TICAGRELOR

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (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 ticagrelor è a carico del SSN solo se rispondente a una delle seguenti condizioni:

- Sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (angina instabile, infarto miocardio NSTEMI, infarto miocardico STEMI) con insorgenza dei sintomi da <24 ore in associazione con ASA in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica (con o senza applicazione di *stent*)**
- Intervento di rivascularizzazione miocardica in pazienti con sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST in associazione con ASA**

Il ticagrelor non deve essere utilizzato in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale, rischio aumentato di bradicardia, trattamento con farmaci inibitori od induttori del citocromo P-450 3A.

Il trattamento con Ticagrelor deve essere iniziato durante il ricovero ospedaliero con dose di attacco di 180 mg

Nei pazienti con NSTEMI è necessaria la presenza di almeno due dei seguenti criteri:

- alterazioni del tratto ST sull'elettrocardiogramma indicative di ischemia al ricovero
- alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico
- uno dei seguenti fattori di rischio (età >60 anni, pregresso infarto miocardico, pregressa rivascularizzazione miocardica, pregresso stroke ischemico, TIA, stenosi carotidea >50%, diabete mellito, arteropatia periferica, insufficienza renale con *clearance* della creatinina <60 ml/min/1.73 m²)

Nei pazienti con STEMI è necessaria la presenza di:

- sopraslivellamento di almeno 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue o blocco di branca sinistra di recente (<24 ore) insorgenza
- intenzione di trattare il paziente con angioplastica primaria

La durata massima di trattamento è di 12 mesi

Dose prescritta:	
Dose/die: 90 mg x 2/die	
Indicare se	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Proseguimento della cura (motivo.....)

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore