



REGIONE SICILIA

Scheda per la prescrizione di simvastatina-ezetimibe

Centro prescrittore	
Medico prescrittore	
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	
ASP di residenza	Prov.
Medico di Medicina Generale	

La prescrizione di simvastatina-ezetimibe è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:

- Ipercolesterolemia e ipercolesterolemia poligenica in pazienti a rischio cardiovascolare alto (secondo i criteri della nota 13) che non hanno raggiunto il target terapeutico (Colesterolo LDL < 100 mg/dl) con le dosi ottimali di simvastatina, pravastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina
- Ipercolesterolemia e ipercolesterolemia poligenica in pazienti a rischio cardiovascolare molto alto (secondo i criteri della nota 13) che non hanno raggiunto il target terapeutico (Colesterolo LDL < 70 mg/dl) con le dosi ottimali di simvastatina, pravastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina o rosuvastatina nei pazienti in cui ci sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi sei mesi di terapia con le dosi ottimali di altre statine
- Pazienti con Ipercolesterolemia familiare monogenica (FH), iperlipidemia familiare combinata o disbetalipoproteinemia che non hanno raggiunto il target terapeutico secondo i criteri della nota 13
- Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica moderata e grave, secondo i criteri della nota 13, con colesterolo LDL ≥ 130 mg/dl

Farmaco prescritto:	
<input type="checkbox"/> Simvastatina-Ezetimibe 10/10 mg compresse	<input type="checkbox"/> Simvastatina-Ezetimibe 10/20 mg compresse
<input type="checkbox"/> Simvastatina-Ezetimibe 10/40 mg compresse	
Dose e durata del trattamento	
Dose/die:	Validità della scheda di monitoraggio:
Indicare se	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione della cura
<input type="checkbox"/> Switch di terapia per:	<input type="checkbox"/> reazione avversa <input type="checkbox"/> mancata efficacia
In caso di switch di terapia indicare il/i farmaco/i e relativa durata di terapia:	
Farmaco _____	Durata _____
Farmaco _____	Durata _____
Farmaco _____	Durata _____
La comparsa di reazione avversa o la mancata efficacia devono essere documentate	

* campo non obbligatorio

Data

Timbro e firma del medico

Allegato

Scheda per la prescrizione di N-3 PUFA

Centro prescrittore	
Medico prescrittore	
Tel.	e-mail

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

La prescrizione di N-3 PUFA, con contenuto di EPA + DHA esteri etilici 85 % minimo pari a 850 mg/g, è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:

- Ricovero per sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (SCA -STE, SCA-NSTE)
- Sofferta sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (SCA-STE, SCA-NSTE) nei precedenti 90 gg

SCA-STE: *Sindrome Coronarica Acuta con sopraslivellamento del tratto ST*
 SCA-NSTE: *Sindrome Coronarica Acuta senza sopraslivellamento del tratto ST*

Paziente con SCA-STE. Necessaria la presenza di:

- Sopraslivellamento del tratto ST di almeno 0,1 mV in almeno due derivazioni contigue o blocco di branca sinistra di recente (< 24 ore) insorgenza
- Alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico

Paziente con SCA-NSTE. Necessaria la presenza di:

- Alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico

Farmaco prescritto	
<input type="checkbox"/>	N-3 PUFA
Dose e durata del trattamento	
Dose/die:	Validità della scheda di monitoraggio:
Indicare se	
<input type="checkbox"/>	Prima prescrizione
<input type="checkbox"/>	Proseguimento della cura
Durata del ciclo di trattamento rimborsabile:	
- 12 mesi: paziente con frazione di eiezione alla dimissione ospedaliera > 40%	
- 18 mesi: paziente con frazione di eiezione alla dimissione ospedaliera < 40%	
<i>La rimborsabilità va riconosciuta ai pazienti cui tale terapia viene prescritta entro i primi 3 mesi dall'evento acuto per una durata del trattamento di 12 o 18 mesi secondo le condizioni sopra riportate.</i>	
<i>* campo non obbligatorio</i>	

Data

Timbro e firma del Medico

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O BIOSIMILARE
A MAGGIORE COSTO**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____

E-Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto _____

Prima prescrizione

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Prosecuzione del Trattamento *

**(in caso di prosecuzione del trattamento non è necessaria la motivazione)*

Durata prevista per il trattamento _____

MMG PLS Reparto D.H. Ambulatorio

Data

Firma e timbro Medico prescrittore

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEC

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche (incluse le diabetologie pediatriche) ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (specialisti in endocrinologia, Medicina Interna, Geriatria) ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASP ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

Azienda Sanitaria _____
Unità Operativa del medico prescrittore _____
Cognome e nome del medico prescrittore _____
Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____
Cognome e nome dell'assistito _____ Data nascita __/__/____
Sesso M F Codice Fiscale _____
Regione _____ Città _____ Indirizzo _____
ASP di residenza _____
Cognome e nome del medico curante _____

Indicazioni terapeutiche a carico del SSN

Adulti, adolescenti e bambini (dall'età di un anno) affetti da:

1. Diabete mellito tipo 1, in associazione a insulina ad azione rapida

2. Diabete mellito tipo 2:

 In associazione ad altri ipoglicemizzanti per i quali sia rimborsata l'associazione ad insulina

 In associazione a insulina ad azione rapida

Farmaco, dose e durata del trattamento

Nome commerciale e dosaggio _____

Revisione prevista del piano terapeutico non oltre 12 mesi.

Inizio trattamento

Motivazione (ai sensi del D.A. 540/14): _____

Proseguimento della cura

Data valutazione __/__/_____

Timbro e firma del medico prescrittore

Durata _____

Confezioni totali _____

Valido per n. _____ confezioni