

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI IVABRADINA

Centro prescrittore _____	
Medico ospedaliero o specialista 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 ivabradina è a carico del SSN solo se rispondente alla seguente condizione:

Trattamento sintomatico dell'angina pectoris cronica stabile in pazienti in ritmo sinusale, che abbiano una contro-indicazione o un'intolleranza ai beta-bloccanti o ai calcio-antagonisti.

Il trattamento a base di b-bloccanti va considerato di prima scelta.

Farmaco prescritto :	
<input type="checkbox"/> Ivabradina 5 mg compresse	<input type="checkbox"/> Ivabradina 7,5 mg compresse
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