



Piano Terapeutico AIFA per la prescrizione di Ranolazina
(Ranexa®) nel trattamento sintomatico dei pazienti con Angina
Pectoris

Da compilarsi al fini della rimborsabilità SSN a cura del medico ospedaliero o medico cardiologo o medico geriatra o medico internista operanti in regime SSN

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Paziente(cognome ,nome)			
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Codice fiscale		Tel.	
Asl Residenza		Regione	
		Prov.	
Medico di Medicina Generale		Recapito Tel.	

Indicazione autorizzata:Indicato negli adulti come terapia aggiuntiva nel trattamento sintomatico dei pazienti con angina pectoris stabile non adeguatamente controllati con le terapie antianginose di prima linea, come i beta bloccanti e/o i calcioantagonisti, o che non le tollerano.

Indicazione rimborsata SSN: Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti con angina pectoris cronica stabile non adeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale.

Inquadramento del paziente:

Anamnesi clinica:		
<input type="checkbox"/> Pregressa STEMI	<input type="checkbox"/> Pregressa NSTEMI	<input type="checkbox"/> Pregressa PTCA
<input type="checkbox"/> Pregresso Bypass aorto-coronarico		
<input type="checkbox"/> nessun intervento invasivo (PTCA o Bypass aorto-coronarico)		
Anamnesi farmacologica:		
<input type="checkbox"/> Betabloccante	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> non tollerato
<input type="checkbox"/> Calcio-antagonista	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> non tollerato
<input type="checkbox"/> Progresso NSTEMI	<input type="radio"/> in corso	<input type="radio"/> non tollerato

Prescrizione

Dose di ranolazina prescritta:	375MG	1 cp x 2/die
Durata Prevista del trattamento:	1 Mesi	
<input checked="" type="radio"/> Prima prescrizione	<input type="radio"/> Rivalutazione e prosecuzione della cura	
Nota: si ricorda che, come da RCP, la dose iniziale di Ranexa è di 375 mg due volte al giorno. Dopo 2-4 settimane la dose deve essere aumentata a 500 mg due volte al giorno e, in base alla risposta del paziente, aumentata ulteriormente fino alla dose massima raccomandata di 750 mg due volte al giorno.		

Validità del PT: 09/06/2023

(al massimo 3 mesi per la 1° prescrizione poi al massimo 12 mesi per le prescrizioni successive)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
