

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DI NILEMDO E NUSTENDI NEI PAZIENTI CON IPERCOLESTEROLEMIA

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia ipolipemizzante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)

La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____
 specialista in: _____ U.O. _____ Az. Sanitaria _____
 Paziente (nome e cognome) _____ Sesso M F
 Data di Nascita _____ Residenza _____
 Codice Fiscale _____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:**A DIAGNOSI**

- Ipercolesterolemia primaria familiare eterozigote
 Ipercolesterolemia primaria non familiare
 Dislipidemia mista

B CLASSE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE (fare riferimento alla Nota 13 per la classificazione del livello di rischio)

- Basso Moderato Alto Molto alto

D DISTANZA DAL TARGET TERAPEUTICO NON SUPERIORE AL 20% nonostante il trattamento di 1° e 2° livello (per i target raccomandati rispetto ai livelli di rischio fare riferimento alla Nota 13)

- Es. per target LDL < 115 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 145 mg/dl)
 Per target LDL < 100 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 125 mg/dl)
 Per target LDL < 70 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 88 mg/dl)

E TERAPIA IN ATTO

- Statine alla massima dose tollerata oppure Intolleranza alle statine
 Ezetimibe oppure Intolleranza all'ezetimibe
 (in questo caso escludere NUSTENDI)

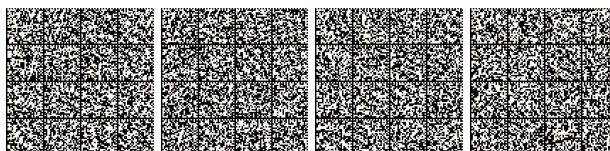
Proposta terapeutica

- NILEMDO 180 mg/die NUSTENDI 180/10 mg/die

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data prevista per il Follow up: _____ (è opportuno eseguire il primo follow-up entro i primi 3 mesi di terapia)

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____



Sezione 2: scheda di follow-up

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione	
Medico prescrittore _____	Tel _____
specialista in: _____	U.O. _____ Az. Sanitaria _____
Paziente (nome e cognome) _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di Nascita _____	Residenza _____
Codice Fiscale _____	

Da compilare a cura del paziente Rispetto al precedente controllo:

L'assunzione del farmaco è stata: regolare irregolare
 se irregolare, motivare le ragioni _____

Sono state modificate le altre terapie in corso? NO SI
 se sì indicare come _____

È stato/a ricoverato/a in ospedale? NO SI
 se sì indicare il motivo _____

A cura del Medico prescrittore

In caso di comparsa di eventi avversi si ricorda di compilare la scheda di segnalazione

Si conferma la classe di rischio cardiovascolare di appartenenza iniziale? NO SI

Si conferma l'eleggibilità del paziente al trattamento? NO SI

Data prevista per il Follow up: _____

È opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

23A00340

