ALLEGATO

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)

☐ Medio ☐ 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 < 130 mg/dl	----	(valore LDL non superiore a 162 mg/dl)
	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 ☐ M ☐ 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 la 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 _____

23A07217