



MODULO PRESCRIZIONE PER EROGAZIONE DI FARMACI IPOLIPEMIZZANTI

Unità Operativa _____ (**cdc** _____)

Per il Paziente _____

Data di nascita _____ Comune di Residenza _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Diagnosi clinica:

Si prescrive:

Per **Simvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Ezetimibe/Simvastatina** specificare l'indicazione :

- 1. Dislipidemie familiari.**
- 2. Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta:**
 - In soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore;
 - In soggetti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o pregresso infarto o diabete (prevenzione secondaria).
- 3. Iperlipidemie non corrette dalla sola dieta:**
 - indotte da farmaci (immunosoppressori, antiretrovirali e inibitori della aromatasi)
 - in pazienti con insufficienza renale cronica

Principio attivo	Posologia	Periodo di trattamento	N. confezioni consegnate
	a cura del medico		a cura del farmacista
SIMVASTATINA 28CPR RIV 20MG			
SIMVASTATINA 28CPR RIV 40MG			
ATORVASTATINA 30CPR 10MG			
ATORVASTATINA 30CPR 20MG			
ATORVASTATINA 30CPR 40MG			
ATORVASTATINA 30CPR 80MG			
ROSUVASTATINA 28CPR 10MG			
ROSUVASTATINA 28CPR 20MG			
EZETIMIBE/SIMVASTATINA 30CPR 10MG/10MG			
EZETIMIBE/SIMVASTATINA 30CPR 10MG/20MG			
EZETIMIBE/SIMVASTATINA 30CPR 10MG/40MG			
OMEGA POLIENOICI 20CPS 1G			

Per **Omega polienoici** specificare l'indicazione:

- 1.** Dislipidemie familiari.
- 2.** Iperlipidemie non corrette dalla sola dieta:
 - in pazienti con insufficienza renale cronica.

Per **Rosuvastatina, Ezetimibe/Simvastatina**, motivare la scelta:

- 1.** Non possibile il raggiungimento del target terapeutico con simvastatina/atorvastatina.
- 2.** Intolleranza alla simvastatina/atorvastatina (evento avverso).
- 3.** Atteggimento prudenziale in soggetto in polifarmacoterapia e/o terapia con farmaci metabolizzati da CYP450.
- 4.** Insufficienza renale cronica.
- 5.** Continuità terapeutica.
- 6.** Altro (specificare)

Il paziente è informato che deve contattare al più presto il Medico Curante per informarlo della terapia prescritta. In caso di uso fuori indicazione (per assenza di alternative terapeutiche e/o nei casi previsti dalle norme) è stato acquisito il consenso informato.

DATA.....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO.....IL FARMACISTA.....

IL PAZIENTE O ALTRA PERSONA DELEGATA: firma per ricevuta.....