

 ALLEGATO 2 SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI Rosuvastatina	
Paziente: _____ Codice Fiscale: _____ Età _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Regione di appartenenza dell' Assistito _____ ASL _____ Distretto _____ Diagnosi formulata in data: _____ Target LDL: _____ data: _____	
Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta, seguita per almeno tre mesi / Ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati dalle Linee Guida ESC/EAS	
<input type="checkbox"/> Trattamento di 1° livello solo nei Pazienti con rischio molto alto (score \geq 10 <u>In cui ci sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi 6 mesi di terapia con altre statine, incluso atorvastatina</u>	<input type="checkbox"/> Trattamento di 2° livello nei Paziente con rischio alto (score >5% <10%) <u>Solo quando il trattamento di prima linea a dosaggio adeguato e per un congruo periodo³ di tempo si sia dimostrato insufficiente al raggiungimento della riduzione attesa del colesterolo LDL e/o della riduzione di almeno il 50% del colesterolo LDL o abbia indotto effetti collaterali.</u>
Dislipidemie familiari	
<input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia familiare monogenica (FH) Trattamento di 1° livello solo nei Pazienti <u>Il trattamento con le altre statine, incluso atorvastatina, si sia dimostrato insufficiente al raggiungimento del target di riduzione LDL</u>	<input type="checkbox"/> Iperlipidemia familiare combinata <input type="checkbox"/> Disbetalipoproteinemia Trattamento di 2° livello <u>Solo quando il trattamento di prima linea a dosaggio adeguato e per un congruo periodo³ di tempo si sia dimostrato insufficiente al raggiungimento del target di riduzione LDL</u>
FARMACO / Dosaggio	POSOLOGIA
	n. _____ compressa al giorno
Durata prevista del trattamento ¹ _____	
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____	
Tel. _____ Data _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ² _____ Timbro del Centro Prescrittore _____	
1. Validità massima 12 mesi 2. I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni 3. Periodo congruo: almeno 6 mesi	