



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA

Assistito: Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____ Età _____ Sesso M F

Regione di appartenenza _____ ASL _____ Distretto _____

Diagnosi formulata in data _____

(Barrare le caselle corrispondenti)

Nota 1

• **prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**

- in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
- in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi
purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio
 - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
 - concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
 - età avanzata

Nota 48

• **durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane)**

- ulcera duodenale o gastrica positive per Helicobacter pylori (H. pylori)
- per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione
- ulcera duodenale o gastrica H. pylori-negativa (primo episodio)
- malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio)

• **durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno**

- sindrome di Zollinger-Ellison
- ulcera duodenale o gastrica H. pylori-negativa recidivante
- malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante)

PROGRAMMA TERAPEUTICO

PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA	
	mg al giorno _____	compresse al giorno n. _____

Durata prevista del trattamento¹ _____

Medico Prescrittore Dr / Prof _____

Tel. _____ Data _____

Firma e timbro del medico prescrittore²

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 12 mesi

2. I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni