

**Piano Terapeutico Regionale dei nuovi anticoagulanti orali  
nella fibrillazione atriale non valvolare**

Dabigatran  Rivaroxaban

Centro prescrittore (timbro): \_\_\_\_\_  
 Medico prescrittore (nome e cognome/timbro): \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_  
 mail \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso  M  F  peso Kg \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_\_  
 AULS di residenza \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
 Medico di Medicina generale e codice regionale \_\_\_\_\_

Dabigatran e rivaroxaban sono a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è rilasciato dalle U.O. autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna e se la prescrizione risponde ai criteri stabiliti nel Doc PTR n. 182 "Documento regionale di indirizzo sul ruolo dei nuovi anticoagulanti orali nella prevenzione del cardioembolismo nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare".

**CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI (criteri di elezione)**

- paciente già in trattamento con AVK**  Time in Therapeutic Range (TTR\*): \_\_\_\_\_ %  controlli in range\*\* \_\_\_\_\_ %
- difficoltà logistico organizzative
- necessità di dosi di AVK < 8,25 mg/sett. per warfarin e di 6 mg/sett. per acenocumarolo
- pregressa emorragia maggiore in corso di INR sovratrapuntico
- pregressa emorragia intracranica

**nuovo trattamento con anticoagulanti orali**

- paz. in FA trattati solo con ASA
- difficoltà logistico organizzative
- condizioni cliniche che rendono gravosa o non accettabile la terapia con AVK
- paz. ad alto rischio di interazioni farmacologiche con gli AVK
- pregressa emorragia intracranica
- FA di nuova diagnosi da sottoporre a cardioversione elettrica

**ALTRE CARATTERISTICHE**

- ASA  (ticlopidina, clopidogrel, prasugrel, ticagrelor)
- pregressa emorragia maggiore gastrointestinale
- VFG < 30 ml/min  VFG fra 30-50 ml/min

\* per TTR si intende il Tempo Trascorso nel Range terapeutico di INR. Solitamente viene calcolato in modo automatico dai programmi di gestione della terapia anticoagulante con Antagonisti della Vitamina K (AVK); la rilevazione dovrà essere fatta negli ultimi 6 mesi di trattamento con AVK.  
 \*\* quando non è possibile rilevare il TTR si potrà utilizzare la percentuale dei controlli di INR in range; la rilevazione dovrà essere fatta negli ultimi 6 mesi di trattamento con AVK. Se TTR  $\geq 60\%$  o % di controlli in range  $\geq 50\%$  dovrà essere barrata almeno una delle caselle sottostanti il valore dichiarato.

**Farmaco, dose e durata del trattamento prescritto:**

medicinale \_\_\_\_\_ dose/die \_\_\_\_\_ validità del piano PT \_\_\_\_\_  
 prima prescrizione  prosecuzione cura

Il piano terapeutico ha la durata massima di 6 mesi.

Data \_\_\_\_\_ timbro e firma del Medico prescrittore \_\_\_\_\_

data	quantità consegnata (unità posologiche)	timbro e firma del farmacista
------	---	-------------------------------

Da compilare da parte della Farmacia Ospedaliera in caso di distribuzione diretta