



**REGIONE SICILIA**  
**Scheda per la prescrizione di rosuvastatina**

Centro prescrittore \_\_\_\_\_  
 Medico prescrittore \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso M  F   
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ \*Tel. \_\_\_\_\_  
 Regione \_\_\_\_\_  
 ASP di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**La prescrizione di rosuvastatina è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:**

- Ipercolesterolemia e ipercolesterolemia poligenica in pazienti a rischio cardiovascolare alto (secondo i criteri della nota 13) che non hanno raggiunto il target terapeutico (Colesterolo LDL < 100 mg/dl) con le dosi ottimali di simvastatina, pravastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina
- Ipercolesterolemia e ipercolesterolemia poligenica in pazienti a rischio cardiovascolare molto alto, secondo i criteri della nota 13 (Colesterolo LDL < 70 mg/dl con riduzione di almeno il 50% del Colesterolo LDL) nei pazienti in cui ci sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi sei mesi di terapia con le dosi ottimali di altre statine
- Pazienti con Ipercolesterolemia Familiare Monogenetica (FH) documentata
- Pazienti con iperlipidemia familiare combinata o disbetalipoproteinemia che non hanno raggiunto il target terapeutico secondo i criteri della nota 13.

**Farmaco prescritto :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rosuvastatina 5 mg compresse | <input type="checkbox"/> Rosuvastatina 10mg compresse |
| <input type="checkbox"/> Rosuvastatina 20mg compresse | <input type="checkbox"/> Rosuvastatina 40mg compresse |

**Dose e durata del trattamento**

Dose/die: \_\_\_\_\_ Validità della scheda di monitoraggio: \_\_\_\_\_

Indicare se

- Prima prescrizione       Prosecuzione della cura
- Switch di terapia per:  reazione avversa     mancata efficacia

In caso di switch di terapia indicare il/i farmaco/i e relativa durata di terapia:

Farmaco \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_  
 Farmaco \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_  
 Farmaco \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_

*La comparsa di reazione avversa o la mancata efficacia devono essere documentate*

*\* campo non obbligatorio*

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_



## REGIONE SICILIA

### Scheda per la prescrizione di simvastatina-ezetimibe

Centro prescrittore	
Medico prescrittore	
Tel.	e-mail

Paziente (nome e cognome)	
Data di nascita	sexso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale	
Residente a	*Tel. _____
Regione	
ASP di residenza	Prov.
Medico di Medicina Generale	

**La prescrizione di simvastatina-ezetimibe è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:**

- Ipercolesterolemia e ipercolesterolemia poligenica in pazienti a rischio cardiovascolare alto (secondo i criteri della nota 13) che non hanno raggiunto il target terapeutico (Colesterolo LDL < 100 mg/dl) con le dosi ottimali di simvastatina, pravastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina
- Ipercolesterolemia e ipercolesterolemia poligenica in pazienti a rischio cardiovascolare molto alto, secondo i criteri della nota 13, che non hanno raggiunto il target terapeutico (Colesterolo LDL < 70 mg/dl) con le dosi ottimali di simvastatina, pravastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina o rosuvastatina nei pazienti in cui ci sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi sei mesi di terapia con le dosi ottimali di altre statine.
- Pazienti con Ipercolesterolemia familiare monogenica (FH), iperlipidemia familiare combinata o disbetalipoproteinemia che non hanno raggiunto il target terapeutico, secondo i criteri della nota 13.
- Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica moderata e grave, secondo i criteri della nota 13, con colesterolo LDL  $\geq$  130 mg/dl

**Farmaco prescritto :**

- Simvastatina-Ezetimibe 10/10 mg compresse
- Simvastatina-Ezetimibe 10/20 mg compresse
- Simvastatina-Ezetimibe 10/40 mg compresse

**Dose e durata del trattamento**

Dose/die:

Validità della scheda di monitoraggio:

Indicare se

- Prima prescrizione
- Prosecuzione della cura
- Switch di terapia per:  reazione avversa  mancata efficacia

In caso di switch di terapia indicare il/i farmaco/i e relativa durata di terapia:

Farmaco \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_  
Farmaco \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_  
Farmaco \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_

*La comparsa di reazione avversa o la mancata efficacia devono essere documentate*

*\* campo non obbligatorio*

Data

Timbro e firma del Medico