



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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Simvastatina-Ezetimibe 10/10 mg compresse | <input type="checkbox"/> Simvastatina-Ezetimibe 10/20 mg compresse |
| <input type="checkbox"/> Simvastatina-Ezetimibe 10/40 mg compresse | |

Dose e durata del trattamento

Dose/die:

Validità della scheda di monitoraggio:

Indicare se

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prima prescrizione | <input type="checkbox"/> Prosecuzione della cura |
| <input type="checkbox"/> Switch di terapia per: | <input type="checkbox"/> reazione avversa <input type="checkbox"/> 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