



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
Rosuvastatina

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso M F

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**

Treatmento di 1° livello solo nei Pazienti con rischio molto alto (score >10)
In cui ci sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi 6 mesi di terapia con altre statine, incluso atorvastatina

Treatmento di 2° livello nei Paziente con rischio alto (score >5% <10%)
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.

Dislipidemie familiari

Ipercolesterolemia familiare monogenica (FH)
Treatmento di 1° livello solo nei Pazienti
Il treatmento con le altre statine, incluso atorvastatina, si sia dimostrato insufficiente al raggiungimento del target di riduzione LDL

Iperlipidemia familiare combinata
 Disbetalipoproteinemia
Treatmento di 2° livello
Solo quando il treatmento di prima linea a dosaggio adeguato e per un congruo periodo³ di tempo si sia dimostrato insufficiente al raggiungimento del target di riduzione LDL

FARMACO / Dosaggio

POSOLOGIA

n. _____ compressa al giorno

Durata prevista del treatmento¹ _____

Primo ciclo di terapia **Prosecazione terapia**

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

3. Periodo congruo: almeno 6 mesi