

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DI NILEMDO E NUSTENDI NEI PAZIENTI CON IPERCOLESTEROLEMIA**

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia ipolipemizzante e del follow-up periodico (Specialista, Medico di Medicina Generale)

La scheda contiene un minimum data set di dati da raccogliere attraverso modalità decise dalle singole Regioni.

**Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione**

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 specialista in: \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria \_\_\_\_\_  
 Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso ☐ M ☐ F  
 Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Verificata la presenza delle seguenti condizioni:****A DIAGNOSI**

- ☐ Ipercolesterolemia primaria familiare eterozigote  
☐ Ipercolesterolemia primaria non familiare  
☐ Dislipidemia mista

**B CLASSE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE (fare riferimento alla Nota 13 per la classificazione del livello di rischio)**

- ☐ Medio ☐ Moderato ☐ Alto ☐ Molto alto

**D DISTANZA DAL TARGET TERAPEUTICO NON SUPERIORE AL 20% nonostante il trattamento di 1° e 2° livello (per i target raccomandati rispetto ai livelli di rischio fare riferimento alla Nota 13)** ☐

Es. per target LDL < 130 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 162 mg/dl)  
 per target LDL < 115 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 145 mg/dl)  
 Per target LDL < 100 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 125 mg/dl)  
 Per target LDL < 70 mg/dl ---- (valore LDL non superiore a 88 mg/dl)

**E TERAPIA IN ATTO**

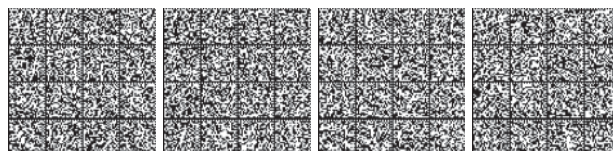
Statine alla massima dose tollerata ☐ oppure Intolleranza alle statine ☐  
 Ezetimibe ☐ oppure Intolleranza all'ezetimibe ☐  
 (in questo caso escludere NUSTENDI)

**Proposta terapeutica**

NILEMDO 180 mg/die ☐ NUSTENDI 180/10 mg/die ☐

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ (è opportuno eseguire il primo follow-up entro i primi 3 mesi di terapia)



Data di valutazione \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

**Sezione 2: scheda di follow-up****Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione**

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

specialista in: \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso ☐ M ☐ F

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Da compilare a cura del paziente Rispetto al precedente controllo:**

L'assunzione del farmaco è stata: ☐ regolare ☐ irregolare  
se irregolare, motivare le ragioni \_\_\_\_\_

Sono state modificate le altre terapie in corso? ☐ NO ☐ SI  
se sì indicare come \_\_\_\_\_

È stato/a ricoverato/a in ospedale? ☐ NO ☐ SI  
se sì indicare il motivo \_\_\_\_\_

**A cura del Medico prescrittore**

In caso di comparsa di eventi avversi si ricorda di compilare la scheda di segnalazione

Si conferma la classe di rischio cardiovascolare di appartenenza iniziale? NO ☐ SI ☐

Si conferma l'eleggibilità del paziente al trattamento? NO ☐ SI ☐

Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_

È opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Data di valutazione \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

