

REGIONE CAMPANIA
SCHEDA DI MONITORAGGIO PRESCRIZIONE
INIBITORI DELLA HMG CoA REDUTTASI (ATC C10AA)
(per le forme di ipercolesterolemia poligenica)

Medico Prescrittore _____

Specialista Ospedaliero/Universitario/IRCS Struttura _____

Specialista Ambulatoriale Struttura _____

MMG ASL _____

Codice Regionale Medico Prescrittore _____

Paziente (Cognome e Nome) _____

Codice Fiscale Paziente

Valore C-LDL _____

Target Terapeutico Colesterolo LDL in mg/ dl:

- Pazienti rischio moderato (target C-LDL < 130)
- Pazienti rischio alto compresi diabetici senza eventi cardiovascolari (target C-LDL < 100)
- Pazienti rischio molto alto compresi diabetici con eventi cardiovascolari (target C-LDL < 70)

Farmaco Proposto  _____

Posologia _____

Durata Trattamento  _____

Motivazione Scelta Terapeutica:

- Intolleranza documentata dalla scheda di segnalazione ADR completa del Codice Segnalazione Rete Nazionale Farmacovigilanza (da allegare in copia al presente modulo)
- Mancato raggiungimento Target Terapeutico

(descrizione precedente terapia utilizzata)

Altro _____
(obbligatoria la descrizione di altra motivazione)

Data _____

(timbro e firma del medico)