

FAC SIMILE

PT Xarelto (rivaroxaban) - FANV

E	Campo obbligatorio ai fini dell'eleggibilità	
O	Campo obbligatorio	

NOTA BENE: la presente scheda, una volta stampata, in nessun caso può essere utilizzata per effettuare la prescrizione, la quale rimane esclusivamente realizzabile tramite la piattaforma web dedicata.



Registrazione Paziente

<i>Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti individuati dalle Regioni (RRL)</i>		
Centro prescrittore		
Medico prescrittore		
Tel.		
e-mail		
Cognome	In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel DB centrale il paziente sarà identificato solo dal codice che sarà assegnato automaticamente dal sistema	
Nome		
CF		
Data di nascita	../../....	E solo pazienti >18 anni
Sesso	M F	
Comune di nascita		
Estero		
Se "estero", indicare codice STP		
ASL di residenza		
ASL di domicilio, se diverso		
Nome cognome MMG		
Codice ASL MMG		

FAC SIMILE

Eleggibilità e Dati Clinici

Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare con uno o più fattori di rischio, come insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione, età ≥ 75 anni, diabete mellito, pregresso ictus o attacco ischemico transitorio.

	E	Paziente con Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV)	Si	blocca
			No	

Ai fini dell'eleggibilità bisogna rientrare ad una delle seguenti condizioni (1 OR 2 OR 3 OR 4)

1	Combinazione di: CHA₂DS₂-VASC ≥ 3 AND HAS-BLED >3			
	C	Scompenso cardiaco/disfunzione ventricolare sinistra	..	combo con valori: 0 e 1
	H	Ipertensione arteriosa	..	combo con valori: 0 e 1
	A	Età ≥ 75 anni	..	combo con valori: 0 e 2
	D	Diabete mellito	..	combo con valori: 0 e 1
	S	Pregresso Ictus cerebrale/TIA/ Episodio trombo-embolico TE	..	combo con valori: 0 e 2
	V	Malattie vascolari: precedente IM, malattia arteriosa periferica o placca aortica	..	combo con valori: 0 e 1
	A	Età 65-74 anni	..	combo con valori: 0 e 1
	Sc	Sesso femminile	..	combo con valori: 0 e 1
	Punteggio totale CHA ₂ DS ₂ -VASC \sum ..			blocca se < 3
	H	Ipertensione arteriosa	..	combo con valori: 0 e 1
	A	Alterata funzionalità renale: dialisi, trapianto renale, creatinina sierica $> 200 \mu\text{mol/L}$..	combo con valori: 0 e 1
		Alterata funzionalità epatica: cirrosi epatica, evidenza di insufficienza epatica (livelli di bilirubina di 2 volte superiori la norma, livelli di AST/ALT 3 volte superiori la norma)	..	combo con valori: 0 e 1
	S	Pregresso Ictus cerebrale	..	combo con valori: 0 e 1
	B	Storia di sanguinamento o diatesi emorragica o anemia	..	combo con valori: 0 e 1
	L	Labile controllo dell'INR (INR instabile con tempo in range terapeutico $< 60\%$)	..	combo con valori: 0 e 1
	E	Età >65 anni	..	combo con valori: 0 e 1
	D	Terapia farmacologica: terapia concomitante con antiaggreganti piastrinici, FANS	..	combo con valori: 0 e 1
		Etilismo cronico	..	combo con valori: 0 e 1
	Punteggio totale HAS-BLED \sum ..			blocca se ≤ 3

FAC SIMILE

2	E	Il paziente è in terapia con anticoagulanti (farmaci antagonisti della vitamina K)?	<i>Si</i>	<i>blocca</i>
			No	
		<i>Se sì, indicare:</i>		
	E	<i>TTR negli ultimi 6 mesi (%)</i>	..	<i>blocca (TTR) >60%</i>
	O	<i>INR > 4 negli ultimi 6 mesi</i>	..	
	O	<i>INR < 2 negli ultimi 6 mesi</i>	..	

3	E	Il trattamento anticoagulante non è attuabile per difficoltà oggettive ad eseguire i controlli di INR?	<i>Si</i>	<i>blocca</i>
			No	

4	E	Il paziente deve andare incontro a cardioversione	<i>Si</i>	<i>blocca</i>
			No	
	O	<i>Se sì, specificare: (il trattamento deve essere iniziato almeno 4 ore prima della cardioversione)</i>	Cardioversione d'urgenza	
			Cardioversione programmata	

Piano terapeutico

Saranno riportati in automatico tutti i dati del paziente dalla scheda RP

O	Data PT	../../....	
O	Durata del trattamento in mesi	6	- Criterio 4 AND PT1
		12	- Criterio 4 AND PT2
			<i>Criterio 1 OR 2 OR 3</i>
O	Dose die richiesta (mg)	20	<i>Attenzione nei pazienti con insufficienza renale moderata, si prega di fare riferimento ad RCP</i>
		15	

NOTA BENE: la seguente scheda, una volta stampata, in nessun caso può essere utilizzata per effettuare la prescrizione, la quale rimane esclusivamente realizzabile tramite la piattaforma web dedicata

FAC SIMILE

Rivalutazione			
Obbligatoria ogni 6 o 12 mesi (secondo la durata del PT precedente)			
O	Data Rivalutazione	../../....	
O	Data inizio trattamento	dato in automatico dalla PT1	

E	Ritmo del paziente al controllo ECG	Ritmo sinusale (blocca)	solo se:
		<i>Fibrillazione atriale</i>	- Criterio 4 AND RIV1 - Criterio 4 AND RIV2
O	<i>Se fibrillazione atriale, specificare</i>	Paziente con CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥3 e HAS-BLED >3 (<i>criterio 1</i>)	Una sola scelta
		Paziente in terapia con antagonisti della vitamina K con un TTR ≤ 60% negli ultimi 6 mesi (<i>criterio 2</i>)	
		Paziente in cui il trattamento anticoagulante non è attuabile per difficoltà oggettive ad eseguire i controlli di INR (<i>criterio 3</i>)	
		Paziente che deve andare incontro a cardioversione (<i>criterio 4, solo se criterio 4 AND RIV1</i>)	
O	Il paziente fa terapia concomitante con farmaci antiaggreganti	<i>Si</i>	
		No	
O	<i>Se si, specificare:</i>	In singola aggregazione	
		In doppia aggregazione	

<i>Il paziente ha avuto:</i>			
O	Episodi emorragici (sanguinamenti)	<i>Maggiori</i>	
		<i>Minori</i>	
		Nessuno	
O	<i>Se maggiori o minori indicare se:</i>	Intracranici	
		Extracranici	
		Gastrointestinali	
O	Sono stati necessari delle trasfusioni?	Si	
		No	
O	Infarto	Si	
		No	
O	Embolia	Si	
		No	
O	Attacco ischemico transiente	Si	
		No	
O	Sindromi coronariche acute	Si	
		No	
O	Ictus	Si	
		No	

FAC SIMILE

O	E' stata necessaria una riduzione della dose di rivaroxaban?	<i>Si</i>	
		No	
O	<i>Se sì, specificare:</i>	...	<i>testo libero</i>
O	E' stata necessaria una sospensione della terapia?	<i>Si</i>	
		No	
O	<i>Se ha sospeso, indicare il motivo</i>	Problemi gastrointestinali	
		Dispnea	
		Alterazione enzimi epatici	
		Peggioramento funzionalità epatica	
		Altro: specificare	
E	Il paziente continua il trattamento	Si	
		No	
			<i>blocca</i>

FAC SIMILE

Fine Trattamento			
O	Data di FT	.././....	<i>Successiva alla RIV e cmq successiva all'ultimo PT inserito</i>
O	Numero di PT ricevute prima di questa scheda	...	<i>Valore inserito in automatico in base al numero dei PT inseriti</i>
O	Motivo del FT	Tossicità	<i>Link RNFV</i>
		Perso al follow up	
		<i>Decesso del paziente</i>	
O	Se <i>decesso</i> , indicare la causa del decesso:	Malattia	
		Tossicità	
		altro, <i>specificare</i>	
	Se <i>decesso</i> , indicare la data del decesso:	.././....	

***Nota bene:** la compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.*

***Attenzione!** La prescrizione di questo medicinale è consentita ai soli medici appartenenti a strutture ospedaliere e sanitarie territoriali espressamente autorizzate dalla Regione di rispettiva pertinenza.*