

**Farmaci Nota AIFA 1-48**

Struttura _____ UO/Ambulatorio _____

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE sesso M F

Residente a _____ Via _____

Medico Medicina Generale del paziente _____

NOTA AIFA	INDICAZIONE TERAPEUTICA	PRINCIPIO ATTIVO
1	<input type="checkbox"/> Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore: <ul style="list-style-type: none"> - in trattamento cronico con FANS; - in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi; <input type="checkbox"/> Purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio: <ul style="list-style-type: none"> - storie di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante; - concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici; - età avanzata (> 65 anni); 	Gastroprotettori <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pantoprazolo <input type="checkbox"/> Omeprazolo <input type="checkbox"/> Misoprostolo <input type="checkbox"/> Lansoprazolo <input type="checkbox"/> Esomeprazolo <input type="checkbox"/> Misoprostolo + Diclofenac* <small>*alle condizioni nota 66</small>
48	<input type="checkbox"/> Durata del trattamento di 4 settimane (occasionalmente 6 settimane): <ul style="list-style-type: none"> - ulcera duodenale o gastrica positive per H. pylori; - per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione - ulcera duodenale o gastrica H. pylori negativa (1° episodio) - malattie da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (1° episodio) <input type="checkbox"/> Durata del trattamento prolungata: <ul style="list-style-type: none"> - Sindrome di Zollinger-Ellison; - Ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa recidivante; - Malattie da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite recidivante. 	Farmaci Antiulcera Anti H2 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cimetidina <input type="checkbox"/> Famotidina <input type="checkbox"/> Nizatidina <input type="checkbox"/> Ranitidina <input type="checkbox"/> Roxatidina Inibitori di Pompa Protonica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Esomeprazolo <input type="checkbox"/> Lansoprazolo <input type="checkbox"/> Omeprazolo <input type="checkbox"/> Pantoprazolo <input type="checkbox"/> Rabeprazolo

Farmaco (specialità medicinale) _____

Posologia (Modo e Tempo di somministrazione) _____

Durata prevista del trattamento _____
(Massimo 1 anno di trattamento)

Data di prescrizione _____

Timbro e firma Medico Prescrittore _____