

**UNITA' OPERATIVA COMPLESSA CARDIOLOGIA - U.T.I.C.**

**RINNOVO PIANO TERAPEUTICO**  
**Angiotensin Receptors Neprilisin Inhibitors**  
**(ENTRESTO®)**

MODALITA' OPERATIVE PRATICHE

Per rinnovare il piano terapeutico sono possibili due modalità:

- A) Durante visita cardiologica. In tal caso Pz prenota e regolarizza la prestazione "visita + ECG" presso i CUP aziendali e si presenta nei Ns ambulatori nella data e all'ora indicata portando in visione
- 1) documenti su eventuali significativi eventi clinici intercorsi negli ultimi 12 mesi
  - 2) esami ematochimici, effettuati nei 30 gg precedenti, comprendenti
    - a) Creatininemia
    - b) AST
    - c) ALT
    - d) Elettroliti sierici
  - 3) Terapia in atto
- B) Con indicazione del medico curante sull'assenza di problematiche che ostacolano il rinnovo senza visita cardiologia. In tal caso, oltre ai documenti soprariportati sarà indispensabile
- 1) Dichiarazione compilata in tutti i suoi punti e corredata dalla firma del proprio medico curante (DOC 4 - in allegato)



**UNITA' OPERATIVA COMPLESSA CARDIOLOGIA - U.T.I.C.**

Io sottoscritto, medico curante del Sig. ....

Nato il ..... Peso corporeo Kg ..... PA ..... mmHg FC .....b/m'

**DICHIARO**

che non sono presenti problematiche che ostacolano il rinnovo del PT per la prosecuzione dell'attuale terapia con ENTRESTO.

Dichiaro inoltre:

**Sintomi del Pz:**

- Nessuna limitazione dell'abituale attività fisica
- Dispnea, palpitazioni, affaticamento, angina con l'abituale attività fisica
- Dispnea, palpitazioni, affaticamento, angina con attività fisica inferiore all'abituale
- Dispnea, palpitazioni, affaticamento, angina anche a riposo

**Eventi intercorsi negli ultimi 6 mesi**

- SI  NO angioedema
- SI  NO eventi ischemici →  sindrome coronarica acuta data .....
- embolia periferica data .....
- TIA / ICTUS data .....
- SI  NO Scompenso cardiaco acuto data.....
- Ricovero ospedaliero  SI  NO data.....
- SI  NO altro → .....

**Terapia in atto**

1. .... posologia.....
2. .... posologia.....
3. .... posologia.....
4. .... posologia.....
5. .... posologia.....
6. .... posologia.....
7. .... posologia.....
8. .... posologia.....

Data ...../...../.....

*Firma e timbro medico*