



## SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA

Assistito: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Regione di appartenenza \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Diagnosi formulata in data \_\_\_\_\_

*(Barrare le caselle corrispondenti)*

**Nota 1**

• **prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**

- in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
- in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi  
*purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio*
  - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
  - concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
  - età avanzata

**Nota 48**

• **durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane)**

- ulcera duodenale o gastrica positive per Helicobacter pylori (H. pylori)
- per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione
- ulcera duodenale o gastrica H. pylori-negativa (primo episodio)
- malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio)

• **durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno**

- sindrome di Zollinger-Ellison
- ulcera duodenale o gastrica H. pylori-negativa recidivante
- malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante)

### PROGRAMMA TERAPEUTICO

PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA	
	mg al giorno _____	compresse al giorno n. _____

Durata prevista del trattamento<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Medico Prescrittore Dr / Prof \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico prescrittore<sup>2</sup>

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 12 mesi

2. I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni