



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi - GR/39/21

Ai Direttori generali e
Commissari straordinari di:

- Aziende USL
- Aziende Ospedaliere
- Policlinici Universitari
- IRCCS
- Ospedali ex classificati

e, p.c., al Direttore generale dell'AIFA

Oggetto: farmaco **Rivaroxaban 2,5 mg (XARELTO®)** - arteropatia periferica sintomatica dell'arto inferiore – aggiornamento Allegato nota prot. 86857 del 28.01.2021

Si comunica che è stato rettificato l'Allegato alla nota prot. 86857 del 28.01.2021 di cui in oggetto.
Si chiede pertanto di utilizzare *esclusivamente* il format allegato alla presente nota.

Il Dirigente
Lorella Lombardozzi

A.T. 29/01/2021

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00147 ROMA
tel. 06/5168.4473-5323 fax 06/5168.5450
e-mail: atiberio@regione.lazio.it
posta certificata: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
Rivaroxaban 2,5 mg cp (Xarelto)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso M F

Regione di appartenenza dell'Assistito _____ ASL _____ Distretto _____

Diagnosi formulata in data: _____

Pazienti adulti ad alto rischio di eventi ischemici, in aggiunta ad acido acetilsalicilico (ASA), che soddisfino la seguente condizione clinica:

- Paziente con diagnosi di arteriopatia periferica sintomatica (dell'arto inferiore)[§] che non necessiti di doppia terapia antiaggregante o di terapia anticoagulante (a dose piena) o altra terapia antiaggregante diversa dall'ASA e per il quale la singola terapia con acido acetilsalicilico rappresenti lo standard di cura.

[§] Per arteriopatia periferica (arti inferiori) sintomatica si intende:

- Precedente intervento chirurgico di bypass aorto-femorale,
- Intervento chirurgico di bypass dell'arto inferiore o intervento di rivascolarizzazione mediante PCA dell'arteria iliaca o delle arterie infra-inguinali, o
- Pregressa amputazione dell'arto o del piede per malattia vascolare arteriosa,
- Diagnosi clinica di *claudicatio intermittens* associata ad una o più delle seguenti condizioni:
 - o Rapporto pressione sanguinea caviglia/braccio < 0,90
 - o Stenosi arteriosa periferica $\geq 50\%$ documentata con angiografia o con eco doppler arterioso
 - o Stenosi carotidea rivascolarizzata o stenosi carotidea asintomatica $\geq 50\%$ diagnosticata con angiografia o eco doppler

FARMACO / Dosaggio	POSOLOGIA
XARELTO 2,5 mg , 56 Cpr	2,5 mg 2 volte al giorno

- Primo ciclo di terapia Prosecuzione terapia

Durata prevista del trattamento¹ _____

Medico Prescrittore Dr / Prof _____

Tel. _____ Data _____

Firma e timbro del medico prescrittore²

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 12 mesi

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