

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (nome e cognome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

La prescrizione di dronedarone è a carico del SSN solo prescritta dal medico cardiologo, internista, geriatra e medico di medicina d'urgenza e se rispondente alle seguenti condizioni:

TIPOLOGIA DI PAZIENTI	
Adulti clinicamente stabili con:	<input type="checkbox"/> anamnesi di fibrillazione atriale (FA) <input type="checkbox"/> FA non permanente in corso
MOTIVAZIONE PER CUI È STATO PRESCRITTO IL FARMACO (COME ALTERNATIVA ALL'AMIODARONE)	
<input type="checkbox"/> per prevenire una recidiva di FA	<input type="checkbox"/> per diminuire la frequenza di risposta ventricolare in corso di FA non permanente

MOTIVO DELLA NON SOMMINISTRAZIONE DI AMIODARONE

<input type="checkbox"/> IPERSENSIBILITA' ALLO IODIO	
<input type="checkbox"/> PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO	
<input type="checkbox"/> ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE, _____	
<input type="checkbox"/> ALTA PROBABILITA' DI DISTIROIDISMO DA AMIODARONE BASATA SU, specificare:	<input type="checkbox"/> alterazione della funzione tiroidea
	<input type="checkbox"/> malattia autoimmune tiroidea
	<input type="checkbox"/> gozzo
	<input type="checkbox"/> altro (_____)

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO	
Dronedarone 400 mg compresse	
Dose/die: _____	Durata prevista del trattamento: _____
Indicare se:	<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione della cura

Data (gg/mm/aaaa) ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore