

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: anamnesi di fibrillazione atriale (FA) FA non permanente in corso

MOTIVAZIONE PER CUI È STATO PRESCRITTO IL FARMACO (COME ALTERNATIVA ALL'AMIODARONE)

per prevenire una recidiva di FA 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: Prima prescrizione Prosecuzione della cura

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

Timbro e firma del medico prescrittore