

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 F
 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: amnesi 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

- IPERSENSIBILITÀ ALLO IODIO
 PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO
 ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE,
 ALTA PROBABILITÀ DI DISTIROIDISMO DA AMIODARONE BASATA SU, specificare:
 alterazione della funzione tiroidea
 malattia autoimmune tiroidea
 gozzo
 altro (.....)

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dronedarone 400 mg compresse
 Dose/die:
 Durata prevista del trattamento:
 Indicare se:
 Prima prescrizione
 Prosecuzione della cura

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore

.....