

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: 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

- 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

.....