

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

IPERSENSIBILITA' ALLO IODIO
 PRECEDENTE DISTIROIDISMO DA AMIODARONE DOCUMENTATO
 ALTRE PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE O CONTROINDICAZIONI ALL'AMIODARONE, _____
 ALTA PROBABILITA' 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 (gg/mm/aaaa) ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore