

# 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