

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE
(in vigore dal 24/04/2012 – G.U. n. 95 del 23/04/2012)**

Centro prescrittore _____
Medico ospedaliero o specialista 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 se la prima prescrizione è eseguita dallo specialista cardiologo, dallo specialista in medicina d'urgenza e dallo specialista cardiocirurgo e se rispondente alla seguente condizioni:

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

Adulti clinicamente stabili con recente episodio di fibrillazione atriale parossistica o persistente in cui è stato ripristinato il ritmo sinusale

Motivazione per cui è stato prescritto il Dronedarone

Per il mantenimento del ritmo sinusale in pazienti con aumentata probabilità di recidive di fibrillazione atriale dopo che siano state valutate opzioni alternative di trattamento

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 ___/___/___

Timbro e firma del medico prescrittore

(*) Durante la terapia con Dronedarone la funzionalità epatica e polmonare ed il ritmo cardiaco devono essere regolarmente monitorati. In particolare, la funzionalità epatica deve essere attentamente monitorata durante le prime settimane di trattamento. Il trattamento deve essere sospeso in caso di recidiva di fibrillazione atriale.