

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 del Dronedaronone (*) 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 alle seguenti 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 Dronedaronone

- ☐ *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	
Dronedaronone 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

(*) Durante la terapia con Dronedaronone 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.

