# 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

**10A09662**