



Regione Abruzzo

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER PRESCRIZIONE DI DRONEDARONE ⁽¹⁾

Centro prescrittore: _____
 Medico prescrittore (nome e cognome) _____
 Tel. _____ e-mail _____

La prescrizione di dronedarone è a carico del SSN solo se prescritta dal medico cardiologo, internista, geriatra del SSN se rispondente alle seguenti condizioni:

Paziente (nome, cognome) _____
 Data di nascita _____ sesso M F
 Codice fiscale _____
 Residente a _____ Tel. _____
 Regione _____
 ASL di residenza _____ Prov. _____
 Medico di Medicina Generale _____

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

Adulti clinicamente stabili con:

- Anamnesi di fibrillazione atriale (FA) in pazienti che necessitano di un controllo del ritmo e che non tollerano altri farmaci
- FA non permanente in corso che richiedono un controllo della frequenza ventricolare e che non tollerano il beta bloccante, calcio antagonisti non diidropiridinici o l'amiodarone

MOTIVAZIONE PER CUI E' 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

specificare:

- alterazione della funzione tiroidea
- malattia autoimmune tiroidea
- gozzo

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dronedarone 400 mg compresse

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____ (max 6 mesi) ⁽²⁾

Indicare se: Prima prescrizione prosecuzione della cura

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico prescrittore

⁽¹⁾ Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico curante che ha in carico l'assistito.
⁽²⁾ Non oltre 6 mesi. Per un eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.