



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.